



Guide pratique de lutte contre le choléra de l'UNICEF

unissons-nous
pour les enfants

unicef 

Guide pratique de lutte contre le choléra de l'UNICEF 2013

Ce document est accompagné d'une clé USB contenant les trois éléments du Guide pratique de lutte contre le choléra publié par l'UNICEF : le document principal, les annexes et les ressources supplémentaires. Il convient de se servir de ces trois éléments ensemble pour une utilisation optimale du Guide.



UNICEF - Programme Division
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017 USA
www.unicef.org

Les commentaires figurant dans cette publication représentent les opinions personnelles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

Les appellations employées et la présentation des données n'impliquent de la part de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique de pays ou territoires ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

unissons-nous
pour les enfants



1. Introduction	6
1.1. Contexte	6
1.2. Rôles et responsabilités de l'UNICEF	7
1.3. Objectif, public cible et structure du Guide	10
2. Choléra – Notions de base	12
2.1. Présentation du chapitre 2	12
2.2. Choléra : histoire, classifications et mécanisme d'action	13
2.3. Épidémiologie et facteurs de risque	15
3. Compréhension et suivi de la situation	24
3.1. Présentation du chapitre 3	24
3.2. Évaluation et suivi du choléra	25
3.3. Identification de l'existence d'une épidémie, de son ordre de grandeur et de son échelle	26
3.4. Suivi en l'absence de cas cliniques	39
4. Prévention du choléra	40
4.1. Présentation du chapitre 4	40
4.2. Rôle de l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans la prévention du choléra	41
4.3. Utilisation des vaccins anticholériques	46
4.4. Intégration de la prévention du choléra aux programmes de développement/ordinaires	48
5. Coordination, responsabilités et gestion des informations	52
5.1. Présentation du chapitre 5	52
5.2. Coordination en matière de prévention, de préparation et de riposte au choléra	53
5.3. Responsabilités des parties prenantes concernant le choléra	64
5.4. Gestion des données et des informations	70
6. Préparation au choléra	74
6.1. Présentation du chapitre 6	74
6.2. Politiques, stratégies et recommandations nationales	76
6.3. Plan de préparation et de riposte	76
6.4. Ressources humaines	81
6.5. Fournitures/stocks	85
6.6. Mobilisation des ressources	86

7. Communication dans le cadre de la préparation et de la riposte au choléra	90
7.1. Présentation du chapitre 7	90
7.2. Introduction à la communication relative au choléra	91
7.3. Procédure d'élaboration d'une stratégie et d'un plan de communication	93
7.4. Élaboration des messages : supports visuels, documents d'information, d'éducation et de communication et autres supports de communication	102
7.5. Mobilisation en faveur d'une action communautaire	105
8. Prise en charge des patients et contrôle de l'infection dans les établissements de santé et centres de traitement	110
8.1. Présentation du chapitre 8	110
8.2. Évaluation clinique	112
8.3. Traitement	115
8.4. Établissements de santé et centres de traitement	128
8.5. Information pour les patients et les aidants familiaux, soutien psychosocial et protection	137
9. Interventions à assise communautaire	142
9.1. Présentation du chapitre 9	142
9.2. Améliorer l'accès aux ressources en eau potable de qualité et en quantité suffisante	148
9.3. Améliorer la sécurité et l'hygiène alimentaire	151
9.4. Améliorer l'accès et l'utilisation de l'élimination hygiénique des excréments	152
9.5. Améliorer les pratiques de lavage des mains	154
9.6. Désinfection des vomissures et excréments dans les foyers et les véhicules de transport	155
9.7. Promotion des règles de sécurité en matière de manipulation des cadavres	156
9.8. Approvisionnement en fournitures/produits non alimentaires	158
9.9. Respect des règles de santé environnementale sur les marchés et dans les lieux publics	159
9.10. Riposte au choléra dans les institutions et autres lieux publics	160
9.11. Prise en charge communautaire des patients	160
9.12. Responsabilité vis-à-vis des communautés	165
10. Procédures de l'UNICEF pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence	166
10.1. Présentation du chapitre 10	166
10.2. Ressources humaines	167
10.3. Dispositifs de mise en œuvre de l'UNICEF pour la riposte générale aux situations d'urgence emergency response	172
10.4. Procédures d'approvisionnement en fournitures de l'UNICEF	177
10.5. Mobilisation des ressources	180

Remerciements

Le présent UNICEF Cholera Toolkit a été élaboré par les sections Santé et WASH de la Division des programmes de l'UNICEF en collaboration avec les sections Communication pour le développement (C4D), Nutrition, Protection de l'Enfance et Éducation, le Bureau des programmes d'urgence (EMOPS), la Division des achats, les Bureaux régionaux (BR) et les Bureaux de pays (BP).

Nous remercions les membres du personnel de l'UNICEF suivants pour leur contribution ainsi que pour leur participation à la réalisation et à la révision de ce document : Heather Papowitz, Jesus Trelles, Cecilia Sanchez Bodas, Andrew Parker, Patricia Portela Souza.

Le Toolkit est issu de la compilation de recommandations et d'outils mondiaux, régionaux et nationaux existants et des outils de sources diverses et adapté afin d'être utilisé par les Bureaux de pays de l'UNICEF. L'UNICEF remercie pour son travail exceptionnel l'équipe de consultants qui a élaboré les versions préliminaires du document principal, ses annexes et les ressources supplémentaires, à savoir : Sarah House (consultante indépendante), le Dr Ron Waldman (Université George Washington) et Suzanne Ferron (consultante indépendante).

Le Toolkit a été développé à partir de l'examen approfondi des recommandations et des outils existants, de la consultation d'experts et d'un atelier de validation visant à recueillir les commentaires des acteurs nationaux. L'atelier de validation a eu lieu au Zimbabwe en août 2012 avec la participation et la contribution des membres des secteurs Santé, WASH et Communication et du personnel de l'UNICEF au Zimbabwe, au Nigéria, en Zambie, au Burundi, au Soudan du Sud, en Somalie et en Haïti, des représentants des Bureaux régionaux de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest et centrale et en Afrique de l'Est et australe, des partenaires, ainsi que des représentants des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'Oxfam.

La version préliminaire du Toolkit a également été soumise à l'examen des partenaires suivants : l'OMS, les CDC, Médecins sans frontières (MSF), le Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh (ICDDR, B), Oxfam, Action contre la faim (ACF), le Water, Engineering and Development Centre de l'université de Loughborough (WEDC) et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC).

L'UNICEF souhaite remercier les personnes suivantes pour leur importante contribution à l'élaboration et à la révision techniques du document : Filipino Busti (ACF), Julie Gauthier (ACF), Eric Mintz (CDC), Tom Hadzel (CDC), Susan Cookson (CDC), Mark Pietroni (ancien directeur médical ICDDR,B, Dhaka, Bangladesh), Amanda McClelland (IFRC), William Carter (IFRC), David Sack (Johns Hopkins School of Public Health), Jean-François Fesselet (MSF), Andy Bastable (Oxfam GB), Foye Tolani (Oxfam GB), Marion O'Reilly (Oxfam GB), Elizabeth Lamond (Oxfam GB), Erin Boyd (UNICEF), Mendy Marsh (UNICEF), Saji Thomas (UNICEF), Kit Dyer (UNICEF), Donatella Massai (UNICEF), François Bellet (UNICEF), Ilham Abdelhai-Nour (UNICEF), Fabio Friscia (UNICEF), William Fellows (UNICEF), Mike Smith (WEDC), Peter Mala (OMS), Margaret Montgomery (OMS), Claire-Lise Chaignat (OMS), Bruce Gordon (OMS), Eric Fewster (consultant indépendant) et Jan Heeger (consultant indépendant). L'UNICEF souhaite remercier également Jim Protos, Steve Bonholtz (consultants indépendants) et Strategic Agenda et Marc Chalamet (UNICEF) pour leur contribution respective aux travaux d'édition, au graphisme et à la traduction.

Ce Toolkit n'est pas un document figé. Il sera mis à jour au fur et à mesure que de nouvelles recommandations et de nouveaux outils apparaîtront. Veuillez envoyer vos commentaires, vos suggestions et les nouveaux éléments à incorporer dans le Toolkit à l'adresse suivante : cholera toolkit@unicef.org

L'UNICEF souhaite remercier les CDC, le DFID, la Fondation Bill and Melinda Gates et les autres donateurs pour leur soutien financier à la réalisation du présent Toolkit.

Acronymes

ACL	Analyse du cadre logique
AR	Autres ressources (UNICEF)
ARS	Approche de responsabilité sectorielle ou « cluster »
ASC	Agent de santé communautaire
ASE	Agent de santé environnementale
ATPC	Assainissement total piloté par la communauté
BCA	Accord de base de coopération (UNICEF)
BCC	Communication visant la modification des comportements
BP	Bureau de pays (UNICEF)
BR	Bureau régional (UNICEF)
C4D	Communication pour le développement
CAP	Processus d'appels consolidés
CATS	Approches communautaires de l'assainissement total
CCC	Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire (UNICEF)
CCS	Communication pour le changement social
CDE	Convention des droits de l'enfant
CEE/CIS RO	Bureau régional pour l'Europe centrale et orientale et la Communauté d'États indépendants (UNICEF)
CERF	Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires
CHAP	Plan d'action humanitaire commun
CHF	Fonds humanitaire commun (ONU)
CLA	Agence chef de file sectoriel
ComNat	Comités nationaux de l'UNICEF (créés dans l'unique but de collecter des fonds pour l'UNICEF)
COTS	Cholera Outbreak Training and Shigellosis (Formation aux épidémies de choléra et de shigellose)
CR	Coordonnateur résident (ONU)
CRC	Comité d'examen des contrats (UNICEF)
CTC	Centre de traitement du choléra
DAA	Diarrhée aqueuse aiguë
DaO	Unis dans l'action (ONU)
DCT	Transferts directs en espèces (UNICEF)
DHR	Division des Ressources humaines (UNICEF)
DIK	Don en nature
DPCP	Document de programme commun de pays (ONU)

DPP	Document de programme de pays (UNICEF)
DR	Domaine de responsabilité (approche de responsabilité sectorielle ou s« cluster »)
DRC	Domaines de résultats clés (UNICEF)
EMOPS	Bureau des programmes d'urgence (UNICEF)
EPF	Fonds pour les programmes d'urgence (UNICEF)
ERC	Coordonnateur des secours d'urgence (OCHA)
ERF	Fonds d'intervention d'urgence (ONU), également connu sous l'appellation Fonds d'intervention humanitaire (HRF) ou sous d'autres noms
ESARO	Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et australe (UNICEF)
EWARN	Réseau d'alerte et d'interventions rapides
FA	Appel éclair
GI	Gestion des informations
GM	Marqueur de l'égalité des sexes
GPS	Système mondial de localisation
HACT	Approche harmonisée des transferts monétaires (ONU)
HC	Coordonnateur humanitaire (ONU)
HCT	Équipe de coordination humanitaire (ONU)
HQ	Siège (dans ce contexte, désigne le siège de l'UNICEF)
HRBA	Approche fondée sur les droits de l'homme
HRF	Fonds d'intervention humanitaire (ONU), également connu sous l'appellation Fonds d'intervention d'urgence (ERF) ou d'autres noms
HWTS	Traitement et stockage sûr de l'eau à domicile
HWWS	Lavage des mains au savon
IEC	Information, éducation et communication
IKA/IKC	Aide/Contribution en nature
IND	Document sur les besoins d'urgence (UNICEF)
LoU	Lettre d'entente
LTA	Accord à long terme (UNICEF)
MENARO	Bureau régional pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (UNICEF)
MoU	Protocole d'accord
OC	Organisation communautaire
OC	Organisation confessionnelle
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OHCR	Haut-Commissariat aux droits de l'homme
OI	Organisation internationale
OIM	Organisation internationale pour les migrations

ONG	Organisation non gouvernementale
ONGI	Organisation non gouvernementale internationale
ONGL	Organisation non gouvernementale locale
ORC	Poste de réhydratation orale, également appelé parfois « poste de traitement par réhydratation orale » (ORT/ORC) ou point de réhydratation orale (ORP)
ORE	Autres ressources – Urgences (UNICEF)
ORP	Point de réhydratation orale (également appelé parfois ORTC/ORC)
OSC	Organisations de la société civile
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Amérique latine et les Caraïbes
PCA	Accord de coopération au titre des programmes (UNICEF)
PCIME	Programme de prise en charge des maladies de l'enfant
PFP	La Division de la Collecte de fonds privés et des partenariats (UNICEF)
PH	Promotion de l'hygiène
PHAST	Transformation participative de l'hygiène et de l'assainissement
PLA	Apprentissage et action participatifs
PLWHA	Personnes vivant avec le VIH/Sida
PNA	Produit non alimentaire
PoUWT	Traitement de l'eau au point d'utilisation
PoUWT&SS	Traitement de l'eau et stockage sûr au point d'utilisation
PSMT	Plan stratégique à moyen terme (UNICEF)
PTA	Plan de travail annuel
RH	Ressources humaines
RO	Ressources ordinaires (UNICEF)
ROSA	Bureau régional pour l'Asie du Sud (UNICEF)
SIG	Système d'information géographique
SRO	Sel de réhydratation orale
SSA	Accord de services spéciaux (UNICEF)
SSFA	Accord de financement à petite échelle (UNICEF)
STC	Service de traitement du choléra
TACRO	Bureau régional pour les Amériques et les Caraïbes (UNICEF)
TDR	Test de diagnostic rapide
TOTs	Formation des formateurs
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, assainissement et hygiène
WCARO	Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (UNICEF)



1.1 Contexte

Une recrudescence du choléra apparaît évidente au regard des estimations suivantes : 1,4 milliard de personnes à risque dans les pays endémiques, 3 à 5 millions de cas cliniques et 100 000 à 120 000 décès par an dans le monde.¹ Dans de nombreux pays endémiques, les enfants de moins de 5 ans représentent plus de la moitié de l'incidence globale de la maladie et des décès. Présent à l'état endémique dans certains pays d'Asie depuis des siècles, le choléra est devenu endémique dans un nombre croissant de pays africains touchés par une succession d'épidémies au fil des années et il est récemment réapparu aux Amériques, notamment en Haïti et en République dominicaine, où il sévit actuellement. De nouvelles souches de la bactérie *Vibrio cholerae*, plus virulentes et résistantes aux médicaments, continuent à apparaître. En outre, la fréquence des épidémies prolongées de grande ampleur marquées par une mortalité élevée témoigne de l'absence de détection précoce, de prévention et d'accès rapide aux soins. Ces tendances préoccupantes sont le signe d'une situation d'urgence sanitaire croissante et ont suscité l'intérêt et l'implication de l'UNICEF à tous les niveaux.

¹ Organisation mondiale de la santé (OMS). [Choléra – Aide-mémoire n° 107](#) Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé. (2011d)

L'UNICEF fournit actuellement au niveau mondial un appui et des conseils techniques stratégiques, des capacités d'intervention rapide, des formations, des fournitures et un appui logistique en matière de prévention, de préparation et de riposte aux épidémies de choléra et de maladies diarrhéiques. Son approche multisectorielle (secteurs Santé, WASH, Nutrition, Éducation, Protection et autres, ainsi que les services dispensés par le Bureau des programmes d'urgence et la Division des achats) lui permet de mener des interventions intégrées de réduction des risques, de préparation, de renforcement des capacités et de riposte aux épidémies de choléra et de maladies diarrhéiques.

Le présent Toolkit compile et regroupe de multiples ressources, internes et externes, facilement accessibles et utilisables par le personnel et les partenaires de l'UNICEF dans toutes les régions du monde.

Liste des annexes

Annexe 1A Mandat, approches et principes directeurs de l'UNICEF

1.2 Rôles et responsabilités de l'UNICEF

L'UNICEF apporte son appui à la survie et au développement des enfants et axe principalement son action sur les secteurs de la Protection de l'enfance, de l'Éducation, de la Nutrition, de la Santé, de la Communication pour le développement (C4D) ainsi que de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène (WASH). L'UNICEF intervient sur un plan stratégique en amont (programmes de renforcement des gouvernements, de leurs systèmes et d'autres acteurs nationaux, par exemple), mais aussi en aval (mise en œuvre de programmes). De nombreux programmes de pays axés sur le développement et l'action humanitaire donnent l'occasion de mener des activités de renforcement des capacités dans le cadre d'une démarche de programmation et de préparation tenant compte des risques pour faire face aux situations d'urgence, parmi lesquelles les épidémies de choléra.

L'intervention de l'UNICEF dans un pays répond à la demande de son gouvernement et s'inscrit dans le cadre d'un accord passé avec celui-ci. Le Fonds apporte son appui à des partenaires tels que les institutions gouvernementales nationales, les collectivités locales et diverses organisations de la société civile et autres (ONG, Mouvement de la Croix-Rouge/du Croissant-Rouge).

1.2.1 Approche intersectorielle intégrée de la lutte contre le choléra

La réduction des risques associés au choléra, notamment la maîtrise des épidémies et la prévention des décès, requiert une approche collaborative

intégrée entre les secteurs Santé, WASH et les autres secteurs associés et dans des domaines transversaux (tels que la C4D, l'Éducation, la Nutrition et la Protection de l'Enfance), ainsi que des services d'appui essentiels comme ceux dispensés par le Bureau des Programmes d'Urgence (EMOPS) et la Division des Achats.

Toutes les activités liées au choléra nécessiteront une étroite collaboration entre tous les échelons des sections Santé et WASH de l'UNICEF et les autres sections clés comme la Communication pour le développement (C4D) et les services d'appui. **L'annexe 1A** présente le mandat, les principes directeurs et les approches de l'UNICEF.

Rôles de l'UNICEF dans la prévention, la préparation et la riposte au choléra

Plaidoyer :

- Intervenir auprès des partenaires afin d'augmenter la visibilité et la mobilisation des ressources pour la lutte contre le choléra à tous les niveaux, y compris la prévention et la préparation.

Coordination :

- Fournir un appui et des informations techniques aux mécanismes de coordination et aux équipes spéciales nationales par l'intermédiaire des secteurs pertinents de l'UNICEF : Santé, WASH, Communication pour le développement (C4D), Nutrition, Éducation, Protection de l'enfance et les services d'appui, tels que ceux dispensés par la Division des achats et le Bureau des programmes d'urgences (EMOPS). Les principaux engagements de l'UNICEF pour les enfants dans l'action humanitaire prévoient un rôle d'appui de la coordination sectorielle.
- Agir dans certains cas comme chef de file du groupe de responsabilité sectorielle concerné (WASH, Nutrition, Éducation) si le système de responsabilité sectorielle a été activé à l'échelle nationale.
- Se comporter en partenaire clé et participer aux réunions et aux consultations techniques sectorielles (Santé, WASH, C4D, etc.) à l'échelle internationale.

Évaluations, planification et hiérarchisation des priorités :

- Participer à l'évaluation nationale du risque de choléra et des besoins associés, ainsi qu'à la préparation aux épidémies et à la planification de la riposte.
- En particulier dans les pays endémiques, participer à l'identification des zones à risque et user de son influence pour que le choléra soit inclus comme facteur de risque dans la définition des stratégies sectorielles, la planification

et la hiérarchisation des priorités à l'échelle nationale, dans tous les secteurs concernés par le choléra (Santé, WASH, C4D, etc.). **Surveillance, dispositifs d'alerte précoce et mécanismes d'alerte :**

- Aider le Ministère de la santé et l'OMS à collecter des données de surveillance et d'alerte précoce grâce aux programmes Santé et WASH de l'UNICEF dans le pays et au-delà de ses frontières.
- Aider le Ministère de la santé et l'OMS à mettre en place un dispositif d'alerte et s'assurer que les programmes WASH, Santé et Communication pour le développement de l'UNICEF (au moins) assurent un signalement, une vérification et une riposte rapides et incitent les partenaires clés de mise en œuvre à agir.
- Participer aux enquêtes sur les suspicions d'épidémie par le biais/dans le cadre des programmes Santé et WASH de l'UNICEF.
- Intégrer le choléra au dispositif interne d'alerte et d'intervention rapides de l'UNICEF afin de veiller à ce que la préparation et la riposte aux épidémies soient en place et considérées comme étant de la responsabilité de l'UNICEF.

Prestation de services :

- Fournir un appui technique au Ministère de la santé, à l'OMS et aux partenaires afin d'élaborer des directives et des documents de formation ou de vérifier que les directives et les documents existants sont opérationnels.
- Aider le Ministère de la santé, l'OMS et les partenaires à former des partenaires nationaux et internationaux à tous les aspects de la gestion du choléra, notamment la coordination, la gestion des informations, la surveillance, la prise en charge des patients, les démarches portant sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et sur la communication pour le développement (C4D).
- Identifier, conclure des accords, apporter un appui et renforcer les capacités des organisations non gouvernementales (ONG) pour la fourniture de services de surveillance, de prise en charge des patients, de communication pour le développement et la réalisation d'interventions WASH.
- Fournir les produits et les matériels nécessaires à la création de centres de traitement du choléra, à la prise en charge des patients et aux interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, en assurant notamment les approvisionnements à l'échelle locale, régionale ou mondiale auprès de la Division des achats, ainsi que l'expédition, le stockage et la distribution des fournitures dans le pays.

Communication (*plaidoyer, communication destinée à faire évoluer les comportements, communication en faveur du changement social et mobilisation sociale*) :

- Jouer un rôle clé dans les mécanismes de coordination portant sur la communication en faveur de l'évolution des comportements et du changement social, ainsi que sur les interventions de mobilisation sociale.
- Avec le gouvernement et des partenaires clés, élaborer et mettre en œuvre une communication sur les risques ainsi que des stratégies de communication encourageant l'évolution des comportements et le changement social ou s'assurer que les stratégies existantes sont opérationnelles et apporter un soutien à leur mise en œuvre.
- Fournir un appui technique à l'élaboration ou à l'utilisation des messages et des supports existants en matière d'information, d'éducation et de communication (IEC), ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre des campagnes.

Prévention du choléra et lutte anticholérique dans les programmes ordinaires de l'UNICEF :

- Address cholera prevention and control as an opportunity and responsibility in UNICEF's regular programming across all relevant sectors as an aid organisation that is present before, during and after cholera outbreak occurs.

See Section 4.4 for additional details.

1.3 Objectif, public cible et structure du Toolkit

1.3.1 Objectif

Le UNICEF Cholera Toolkit, rédigé à l'intention des bureaux, des homologues et des partenaires de l'UNICEF, constitue une source unique d'information en matière de prévention (ou de réduction des risques), de lutte contre les épidémies, de préparation, de riposte et de relèvement, ainsi que d'intégration de ces activités aux programmes ordinaires/de développement.


Bien qu'il s'adresse avant tout aux secteurs Santé et WASH, il présente ses recommandations de manière intégrée afin de favoriser le décloisonnement des approches de prévention, de préparation et de riposte au choléra. Il comprend également des contenus spécifiques relatifs aux secteurs Éducation, Nutrition, Communication pour le développement, Protection de l'enfance et aux autres secteurs pertinents.

1.3.2 Public cible

Le personnel de l'ensemble des divisions et sections des Bureaux nationaux et régionaux et du Siège de l'UNICEF, tous niveaux confondus, constitue le principal public cible de ce Toolkit. Cependant, leurs homologues gouvernementaux et leurs partenaires tels que les ONG, les organisations des Nations unies et les organisations de la société civile intervenant dans la prévention, la préparation et la riposte au choléra pourront également le trouver utile.

1.3.3 Structure du Toolkit

Le Toolkit comprend le présent « Document Principal », des « Annexes » (modèles, listes de contrôle, tableurs et informations de référence plus détaillées disponibles uniquement en version électronique) et une sélection de « Ressources Additionnelles » (une librairie électronique regroupant des articles publiés, des supports d'information, d'éducation et de communication, des directives sur le choléra, des kits de formation, des exemples de cartographie et diverses autres informations pratiques disponibles sur la clé USB). La version électronique du Document Principal contient des liens vers des ressources en ligne.

Les ressources clés mentionnées dans le « Document Principal » et dans les « Annexes » sont liées au site web où cette information additionnelle est disponible et/ou à la clé USB qui accompagne le Toolkit. Pour accéder aux documents sur la clé USB, cliquez sur l'icône  située à côté du document.

RESSOURCES CLÉS

UNICEF, [Delivering better results for children: A handy guide on UN coherence](#) (2010). 

UNICEF, [Stratégies de l'UNICEF en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène pour 2006-2015](#) (2005). 

UNICEF, [Stratégie commune de l'UNICEF concernant la santé et la nutrition pour 2006-2015](#) (2005). 

UNICEF, [Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire](#) (2010). 



2.1 Présentation du chapitre 2

Ce chapitre fournit des informations contextuelles importantes pour comprendre les différents types et caractéristiques de la bactérie du choléra, son mécanisme infectieux, ses modes de transmission, ses facteurs de risque ainsi que l'incidence du genre et de l'âge dans la vulnérabilité à l'infection.

Liste des annexes

Annexe 2A *Vibrio cholerae* - données d'écologie

Annexe 2B Idées fausses répandues sur le choléra

2.2 Choléra : histoire, classifications et mécanisme d'action

2.2.1 Histoire et classifications

Le choléra est une forme de diarrhée aqueuse aiguë, un symptôme dont un grand nombre de bactéries, de virus et de parasites peuvent être la cause. Il est provoqué par la bactérie (bâtonnet Gram-négatif) *Vibrio cholerae*. Il existe environ 200 sérogroupes de *V. cholerae*, mais *V. cholerae* O1 et O139 sont les deux seules causes connues de la maladie dénommée choléra.² Le sérotype O1 se subdivise en trois sérotypes (Inaba, Ogawa et Hikojima [rare]) ainsi qu'en deux biotypes (classique et El Tor).

Sous sa forme la plus sévère, caractérisée par l'expulsion abondante de liquides et d'électrolytes dans les heures suivant l'infection, le choléra est l'une des maladies infectieuses mortelles les plus foudroyantes : sans traitement adéquat, les patients peuvent décéder en quelques heures. Dans les endroits où l'eau potable n'est pas protégée contre la contamination fécale, le choléra peut se propager extrêmement rapidement au sein d'une population entière. Ces deux caractéristiques lui ont valu une réputation propre à susciter la peur et souvent la panique. Pourtant, un traitement rapide et adapté peut en limiter la mortalité. De plus, la combinaison d'interventions de santé publique, principalement la surveillance de la maladie et l'alerte précoce, la fourniture d'eau potable, un assainissement adéquat, la promotion de la santé et de l'hygiène ainsi qu'une détection précoce, des interventions de prévention, y compris une vaccination orale contre le choléra et un traitement rapide, permet de prévenir ou de maîtriser les épidémies de choléra.

À ce jour, le monde a connu sept pandémies de choléra, dont six très probablement imputables au biotype classique. Le biotype El Tor est responsable de la pandémie actuelle, qui a commencé sur l'île indonésienne de Sulawesi en 1961. Au fil des années, il semble avoir presque totalement supplanté la forme classique. Le fait qu'il survive bien sur le zooplancton et d'autres espèces de flore et de faune aquatiques et qu'il entraîne une immunité moins durable que le biotype classique est souvent avancé pour expliquer la persistance de la pandémie actuelle.

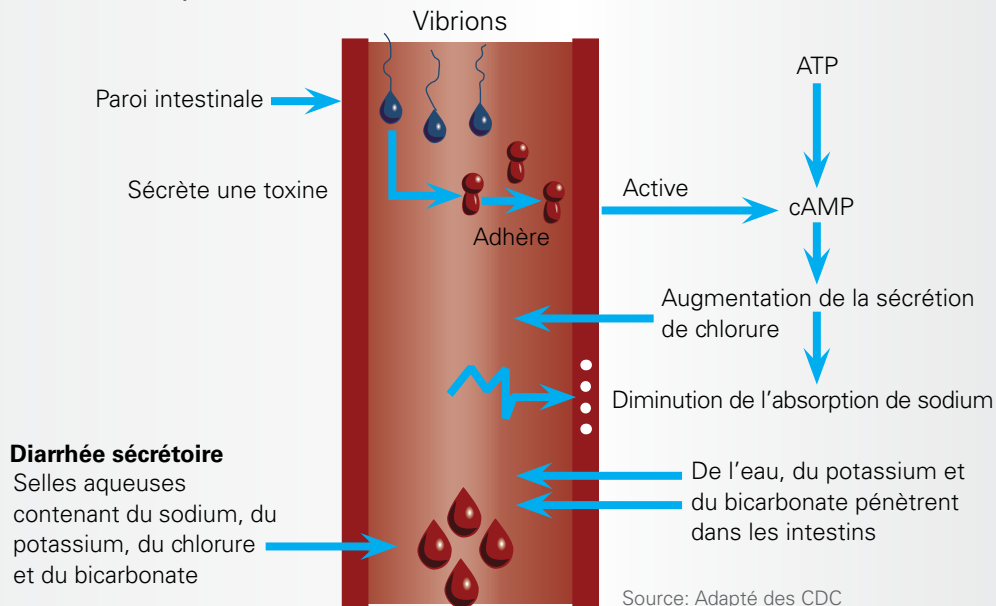
² La lettre « O » désigne l'antigène lipopolysidique (O) spécifique au sérotype.

Sur le plan clinique, le choléra causé par le biotype El Tor se caractérise par une proportion plus élevée de patients asymptomatiques, porteurs silencieux de la bactérie infectieuse *V. cholerae*. Cependant, la plupart des experts constatent une augmentation proportionnelle de la déshydratation sévère chez les patients cholériques symptomatiques et attribuent cette tendance à l'apparition d'une souche variante d'El Tor qui produit la toxine cholérique classique. En général, les personnes infectées sont majoritairement asymptomatiques (environ 75 pour cent). Sur les 25 pour cent de patients symptomatiques, seuls 20 pour cent développent un choléra sévère (soit 5 pour cent de tous les patients infectés) tandis que 80 pour cent présentent une pathologie légère à modérée (soit 20 pour cent de tous les patients infectés).

2.2.2 Mécanisme d'action

Il est très important de comprendre que la bactérie cholérique n'est pas directement responsable de la maladie. Elle ne colonise pas les cellules de la paroi intestinale, ne détruit pas l'intestin et ne franchit pas la barrière intestinale. Son comportement diffère de celui de la bactérie à l'origine de la shigellose, par exemple, qui traverse l'intestin, envahit les cellules intestinales et provoque une réponse inflammatoire, laquelle entraîne une diarrhée sanglante distincte de la diarrhée aqueuse caractéristique du choléra.

FIGURE 1 Mécanisme of cholera action



La bactérie *Vibrio cholerae* adhère à la muqueuse intestinale et y sécrète une toxine qui perturbe les processus cellulaires normaux d'absorption et de sécrétion de liquides et d'électrolytes. Plus précisément, la toxine cholérique active un système enzymatique qui contribue à la régulation de la circulation de liquide et d'électrolytes sur la paroi intestinale et « verrouille » en position de sortie une partie du mécanisme de « pompage » bidirectionnel normal. Le volume de liquide sécrété excédant le volume absorbé, on assiste à un appauvrissement massif du corps en liquides et en électrolytes qui se traduit par une déshydratation. Jusqu'à 50 pour cent des personnes infectées sont susceptibles de développer une déshydratation sévère présentant un risque élevé de mortalité en l'absence de traitement. Le schéma de la Figure 1 explique ce mécanisme et la raison pour laquelle le remplacement rapide des liquides et des électrolytes perdus constitue le principe fondamental du traitement du choléra. Si ce remplacement est mené avec efficacité et efficacité, le taux de mortalité peut se limiter à moins d'un pour cent des personnes présentant des symptômes cliniques.

La période d'incubation du choléra peut s'échelonner de 12 heures à cinq jours. Pendant ce laps de temps relativement bref, l'apparition rapide des symptômes, l'expulsion de la bactérie et sa transmission se succèdent rapidement et entraînent des épidémies explosives. La maladie dure entre un jour et une semaine dans des cas rares, mais en général, la diarrhée cesse au bout de trois jours. En revanche, les patients symptomatiques continuent à évacuer des bactéries pendant deux jours à deux semaines et les patients asymptomatiques pendant quelques jours.

La présentation en ligne animée réalisée par le département de Microbiologie et d'immunologie de l'université de Rochester fournit des informations complémentaires sur le mécanisme du choléra. Voir lifesciences.envmed.rochester.edu/curriculum/SEPAClass/MM.swf

2.3 Épidémiologie et facteurs de risque

2.3.1 Épidémiologie

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de cas de choléra recensés a quadruplé depuis 2000. Au total, en 2011, 58 pays ont signalé 589 854 cas et 7 816 décès à l'OMS. Il semblerait cependant que ces chiffres soient largement sous-estimés en raison de l'insuffisance de la surveillance et de la fréquence des cas non déclarés. Les estimations (1,4 milliard de personnes à risque dans les pays endémiques, 3 à 5 millions de cas cliniques et 100 000 à 120 000 décès par an dans le monde) indiquent néanmoins une recrudescence du choléra.³

3 Organisation mondiale de la santé (OMS). [Choléra – Aide-mémoire n° 107](#) Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé. (2011d)

Dans de nombreux pays endémiques, les enfants de moins de cinq ans comptent pour plus de la moitié de l'incidence globale et des décès. Ces chiffres représentent moins d'un pour cent de l'ensemble des cas estimés de diarrhée et moins de 10 pour cent du nombre estimé de décès annuels dus à la diarrhée. Pourtant, les conséquences historiques du choléra, son occurrence fréquente sous forme de épidémies explosives, son tableau clinique dramatique, ses attaques régulières sur les adultes et les enfants, sa nature extrêmement contagieuse et sa mortalité potentiellement élevée en font l'une des maladies les plus visibles et les plus redoutées.

Le choléra existe à l'état endémique depuis des siècles dans certains pays d'Asie. Il est devenu endémique dans un nombre croissant de pays africains, qui ont connu des pics épidémiques au fil des années. Réapparu récemment aux Amériques, il se transmet actuellement en Haïti et en République dominicaine. De nouvelles souches de la bactérie *Vibrio cholerae*, plus virulentes et résistantes aux médicaments, continuent à apparaître et l'absence de détection précoce, de prévention et d'accès rapide aux soins accroît la fréquence des épidémies prolongées de grande ampleur, marquées par une mortalité élevée.

Le choléra se manifeste de façon endémique et sous forme de épidémies

Endémie : pays où des cas de choléra ont été signalés au cours de trois des cinq dernières années (OMS) ou sont présents en permanence dans une zone géographique ou un groupe de population donnés (Réseau d'alerte et d'intervention rapides de l'OMS [EWARN])

épidémies : pays, endémiques ou non, où le nombre de cas de choléra dans une région donnée ou au sein d'un groupe spécifique de personnes est supérieur aux prévisions pendant une certaine période (Réseau d'alerte et d'intervention rapides de l'OMS [EWARN])

Une « flambée » est plus limitée en termes géographiques et démographiques qu'une « épidémie », qui se caractérise par une ampleur et un degré de propagation plus importants.

Dans les pays endémiques, dont les habitants sont exposés au choléra à plusieurs reprises au cours de leur vie, un grand nombre de personnes, notamment les adultes, ont acquis une certaine immunité qui les protège pendant les épidémies (en d'autres termes, une infection antérieure protège contre une nouvelle infection et atténue la gravité de la maladie pendant plusieurs années, mais probablement pas toute la vie). Dans ces environnements endémiques, les enfants, qui ont généralement été moins exposés que les adultes, sont les plus vulnérables à une infection symptomatique, à la forme sévère de la maladie et à une issue fatale. Cependant, lorsque des épidémies se produisent dans des pays non

endémiques, l'ensemble de la population, enfants comme adultes, est vulnérable à la maladie et aux conséquences de l'infection.

2.3.2 Transmission – La voie « fécale-orale »

La voie prédominante de transmission du choléra est de type fécal-oral. **Lors d'une épidémie, la seule façon de contracter le choléra consiste à avaler quelque chose (en général de l'eau ou des aliments) qui a été contaminé par des matières fécales contenant la bactérie *V. cholerae*.** Par conséquent, éliminer l'ingestion de matières fécales permet d'enrayer complètement la propagation du choléra et d'éviter l'infection. D'autres facteurs de risque fréquemment cités sont également à l'origine de sa transmission. Par exemple, le fait de se rassembler pour l'enterrement de victimes du choléra ne suffit pas pour contracter la maladie. Les participants doivent consommer de la nourriture et/ou des boissons préparées par des personnes dont les mains ont été contaminées par des matières fécales contenant la bactérie *V. cholerae*. Le choléra s'attrape parfois en mangeant des fruits de mer insuffisamment cuits qui ont accumulé des bactéries *V. cholerae* dans leur environnement naturel, mais c'est la voie fécale-orale qui joue le rôle le plus important dans le cas d'une épidémie.

Dire que la transmission du choléra s'effectue de « personne à personne », comme on le fait parfois, peut induire en erreur parce que le sens de cette expression varie selon les auteurs. Le choléra ne se transmet pas par voie aérienne ou du fait d'une étroite proximité avec une personne infectée. En général, la transmission emprunte la voie fécale-orale, que son vecteur soit l'eau, la nourriture, les mains ou d'autres moyens. Les vomissures peuvent également transmettre le choléra. Mais comme chaque gramme de diarrhée aqueuse contient davantage de *V. cholerae* que l'équivalent de vomissures, la diarrhée aqueuse constitue un vecteur de transmission plus efficace de la maladie.

Il ne peut pas y avoir de choléra sans présence de la bactérie, mais si celle-ci est déjà présente dans un environnement ou y est introduite, **des niveaux adéquats d'assainissement public, de fourniture d'eau potable et d'hygiène personnelle en empêcheront la transmission.** On trouve des bactéries *Vibrio cholerae* of many different subgroups are found in virtually all coastal water, especially in the tropics and sub-tropics. Toxigenic *Vibrio cholerae* de nombreux sous-groupes différents dans quasiment toutes les eaux côtières, notamment dans les régions tropicales et subtropicales. Des souches O1 toxigènes ont été décelées en Amérique du Nord le long de la côte du Golfe du Mexique, dans certains cours d'eau australiens et dans de nombreux endroits touchés par des épidémies à travers le monde. L'endémie cholérique demeure limitée à certaines régions, notamment tropicales et subtropicales, et la présence de la maladie est probablement liée à des facteurs environnementaux et socioéconomiques.⁴

⁴ Lipp, E., Huq, A., Cowell, R.R., « Effects of global climate on infectious disease: the Cholera Model », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 15, no.4, octobre 2002, p. 757-770.



Même si le choléra atteint un pays plus développé, sa propagation y est improbable en raison du taux de couverture relativement élevé de l'eau potable et de l'assainissement. Cependant, comme expliqué plus loin dans le présent Toolkit, les familles et les individus peuvent se protéger contre l'ingestion du choléra en prenant des mesures adaptées pour eux-mêmes et à leur domicile, même dans des conditions environnementales particulièrement défavorables. **En toutes circonstances, l'important est d'éviter l'ingestion de matières fécales.**

Au début d'une épidémie de choléra, une unique source d'eau ou de nourriture contaminée peut infecter un grand nombre de personnes. Dans la plupart des cas, l'infection est plutôt transmise par la consommation d'eau de surface, d'eau de puits ou d'eau courante plutôt que par la nourriture, même si les aliments contaminés consommés à l'occasion de grands rassemblements risquent d'infecter de nombreuses personnes. Une fois plusieurs personnes infectées, **de multiples modes de transmission fécale-orale peuvent se recouper et accélérer la propagation de la maladie**, en fonction du degré de surpeuplement ainsi que des pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Par conséquent, s'il convient en priorité d'identifier et de bloquer la source de contamination principale, le blocage simultané de tous les autres modes de transmission possibles revêt également une extrême importance.

Dernier point concernant la transmission : le choléra est plus infectieux et se communique plus facilement quand il se propage par les selles d'une personne infectée plutôt que du fait de sa simple présence dans l'environnement (« état d'hyper-infectiosité »).

2.3.3 Facteurs de risque

Le risque de transmission, de contraction de la maladie et de décès est proportionnel à l'interaction du choléra avec son hôte et l'environnement. Il faut souligner à nouveau que **l'ingestion des bactéries constitue l'unique moyen de contracter le choléra.**

Tableau 1 Facteurs de risque du choléra

<p>Facteurs de risque de transmission</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accès et utilisation impropres de l'eau et/ou surveillance et entretien limités de la qualité de l'eau • Défécation à l'air libre, manque d'accès à un système d'assainissement adéquat et mauvaise utilisation de ce système • Mauvaises pratiques d'hygiène (lavage des mains, préparation sûre des repas) • Lieux surpeuplés : taudis urbains denses, camps de réfugiés ou de personnes déplacées, institutions (écoles, prisons), rassemblements de population (mariages, enterrements) • Poussées saisonnières : propagation accrue pendant la saison sèche en raison de la pénurie d'eau ou pendant la saison humide en raison des crues et de la contamination des sources d'eau • Déplacement ou mouvements de populations
<p>Facteurs de risque de contraction de la forme sévère de la maladie et de décès</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faible immunisation au choléra (enfants et environnements non endémiques) • Conditions sous-jacentes : malnutrition, vieillesse, jeune âge, grossesse, maladies chroniques, Sida, faible acidité gastrique (personnes âgées, nourrissons, personnes prenant des antiacides ou des inhibiteurs de l'acide gastrique), groupe sanguin O • Absence d'accès à une détection rapide et à un traitement adapté (y compris lié à des connaissances et convictions individuelles)



Remarque : prise en compte de l'impact du changement climatique sur le risque de choléra :

Le changement climatique accroît le risque de choléra de plusieurs manières : (1) des bactéries comme *Vibrio vulnificus* et *Vibrio cholerae* (souches autres que O1 et O139) se développent beaucoup plus vite dans les eaux marines et les eaux saumâtres quand les températures s'élèvent et (2) les dommages aux infrastructures d'eau et d'assainissement imputables à des catastrophes graves engendrent des conditions propices à la contamination fécale-orale et à l'augmentation du risque de transmission. L'augmentation des températures de la surface des océans et les conditions météorologiques extrêmes dépendent de la variabilité du phénomène El Niño/oscillation australe. On a observé des exemples de ce schéma dans des régions d'Amérique du Sud, dans la baie du Bengale et dans la région des Grands lacs d'Afrique.^{5,6}

Des études approfondies menées sur les vingt dernières années ont montré le lien entre la présence du choléra dans de nombreuses parties du monde et des changements climatiques prévisibles tels que la température de la surface des océans, les températures ambiantes et les cycles de précipitations. De multiples projets collaboratifs internationaux s'appuient sur ces faits pour créer des dispositifs d'alerte précoce spécifiques au choléra basés sur des données et des modèles climatiques.

L'annexe 2A fournit des informations complémentaires et des références sur les risques de choléra.

5 Lipp, E., Huq, A., Cowell, R.R., « Effects of global climate on infectious disease: the Cholera Model », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 15, n° 4, October, p. 757-770

6 Bompangue Nkoko, D., Giraudoux, P., Plisnier, P., Tunda, A.M., Piarroux, M., Sudre, B., Horian, S., Tamfum, J.M., Ilunga, B.K., Piarroux, R., « Dynamics of cholera outbreaks in Great Lakes Region of Africa, 1978-2008. » *Emerging Infectious Diseases*, vol. 17, n° 11, November 2011

Caractéristiques notables de *Vibrio cholerae* (*V. cholerae* souches O1 et O139)

Dose infectante et concentrations :

- La dose infectante, c'est-à-dire la quantité de bactéries requise pour que la maladie se développe, est liée à l'état de santé de la personne et au métabolisme de son estomac. Par exemple, une faible dose suffira à infecter une personne dont l'estomac sécrète peu d'acide gastrique (dont le pH est donc plus élevé) et cette personne n'est donc pas en mesure d'éliminer *V. cholerae* (les bactéries ne peuvent pas survivre dans les environnements acides).
- La dose à laquelle 50 pour cent des personnes sont infectées est d'environ 10^6 (1 000 000) bactéries *V. cholerae*.
- Un seul organisme infecté, par exemple un copépode ou un plancton dans les eaux de surface, peut porter 10^4 - 10^6 bactéries *V. cholerae* et la diarrhée d'apparence « eau de riz » d'une personne contaminée peut contenir 10^7 - 10^9 *V. cholerae* par millilitre.

Durée de survie :

- Quelques heures sur surfaces sèches
- 1 à 35 jours à 2-4°C (température de glacière)
- 1 à 14 jours à température ambiante
- 5 à 24 jours dans l'eau de puits
- 1 à 2 ans dans les eaux côtières chaudes, les estuaires
- 28 à 35 jours dans des glaçons dans une glacière
- 1 à 2 jours sur des ustensiles métalliques
- Peut-être plus de 6 mois dans les fruits de mer surgelés

Limites de survie :

- À 65°C, presque tous les pathogènes meurent en 12 secondes, même si certaines bactéries cholériques meurent dès 48°C (remarque : l'OMS recommande de faire bouillir l'eau afin de s'assurer que toutes les bactéries sont tuées).
- La bactérie *V. cholerae* survit très bien dans les eaux alcalines et moins bien dans les environnements acides (elle survit à un pH compris entre 5 et 9,6).

Réservoirs de multiplication : temps de croissance et de doublement :

- On sait que la bactérie *Vibrio cholerae* se multiplie dans l'intestin humain en interaction avec des copépodes associés au zooplancton et au phytoplancton présents dans l'eau, ainsi que sur les aliments humides, chauds et non acides tels que le riz, les céréales et les fruits de mer cuits.
- Le choléra commence à se développer sur les aliments qui s'y prêtent en moins d'une heure au-dessus de 30°C. Le délai est un peu plus long si la température est de 22°C.
- À 22°C, le nombre de bactéries double en moins d'une heure.

2.3.4 Impact du genre et de l'âge sur le choléra


Les différences d'âge et de genre en matière de rôles, de normes sociales et de comportements personnels varient selon le contexte et peuvent avoir une influence sur la sensibilité à l'exposition à la bactérie *V. cholerae* ainsi que sur l'issue probable en cas de choléra sévère. La vulnérabilité à la maladie peut aussi varier dans les contextes endémiques et d'une épidémie.


Exemples des conséquences possibles de l'âge et du genre sur la prédisposition à l'infection :


- Du fait de leurs rôles traditionnels de préparation des aliments, de collecte et de traitement de l'eau, de construction et de nettoyage des installations sanitaires et d'hygiène domestique, la responsabilité de la prévention du choléra repose davantage sur les épaules des femmes et des jeunes filles.
- Les femmes et les jeunes filles sont davantage susceptibles de s'occuper des malades et des mourants de leur famille, notamment de laver et de désinfecter les vêtements et la literie, de préparer les corps en vue de l'enterrement et de confectionner la nourriture qui sera servie aux personnes présentes.
- Plus mobiles, les hommes ont davantage l'occasion de prendre leurs repas en dehors de leur domicile, ce qui renforce leur vulnérabilité à l'infection en raison de l'hygiène déficiente des points de vente alimentaires. En outre, ils sont plus nombreux à migrer pour des raisons économiques et les travailleurs à forte mobilité, tels que les routiers et les commerçants ambulants, constituent un groupe potentiellement à haut risque.
- Les enfants (de 6 mois à 10 ans) pourront présenter un risque infectieux relatif plus élevé que les nourrissons parce qu'ils portent fréquemment des objets à la bouche, passent beaucoup de temps dans des lieux aux conditions d'hygiène douteuses tels que les écoles, comprennent et pratiquent moins bien l'hygiène, se déplacent davantage et sont moins immunisés que les personnes plus âgées en raison d'une exposition accrue à l'environnement.

L'annexe 2B démystifie les idées fausses sur le choléra.

RESSOURCES CLÉS

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR, B), [Cholera Outbreak Training and Shigellosis. Chapters 1-2.](#) 

Médecins Sans Frontières (MSF), [Cholera Guidelines, 2nd ed.](#), (September 2004). Chapter 1. 

Ministère de la santé publique et de la population d'Haïti/Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies, « [Manuel de formation pour la lutte contre le choléra en Haïti : un cours abrégé pour les fournisseurs de soins de santé](#) », (2011) pages 4-8, 

World Health Organization (WHO), [64th World Health Assembly Resolution: Cholera mechanism for control and prevention.](#) (January 2011). 

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), [Relevé épidémiologique hebdomadaire, « Choléra, 2011 »](#), 3 août 2012. 

World Health Organization (WHO), [Bulletin of the World Health Organization, The Global Burden of Cholera](#) (24 January 2012).

World Health Organization (WHO), Global Task Force on Cholera Control, [Prevention and control of cholera outbreaks: WHO policy and recommendations.](#)

World Health Organization (WHO), Global Task Force on Cholera Control, [Cholera Country Profiles.](#)



3.1 Présentation du chapitre 3

Ce chapitre fournit les informations nécessaires pour comprendre et suivre la situation et décider en toute connaissance de cause des interventions de prévention, de préparation et de riposte à mener, notamment (1) les méthodes à utiliser pour déterminer la présence d'une épidémie et son importance, décider de l'échelle de la riposte ; et (2) assurer le suivi et la production de rapports en l'absence d'épidémie.

Liste des annexes

- Annexe 3A** Algorithme à utiliser lors de la vérification des alertes et des investigations de suspicions d'épidémies

- Annexe 3B** Modèle d'évaluation rapide des suspicions d'épidémies de choléra

- Annexe 3C** Informations relatives aux examens de laboratoire, aux TDR et aux tests environnementaux

- Annexe 3D** Exemple de registre d'alerte

- Annexe 3E** Modèle de dispositif d'alerte

- Annexe 3F** Modèle de liste descriptive de cas et informations complémentaires

- Annexe 3G** Exemple de Excel tableau de collecte de données

- Annexe 3H** Indicateurs épidémiologiques et analyse des données

- Annexe 3I** Les courbes épidémiques et leur interprétation

- Annexe 3J** Exemple de fiche de planification et de liste d'approvisionnement

- Annexe 3K** Modèle de bulletin quotidien

3.2 Évaluation et suivi du choléra

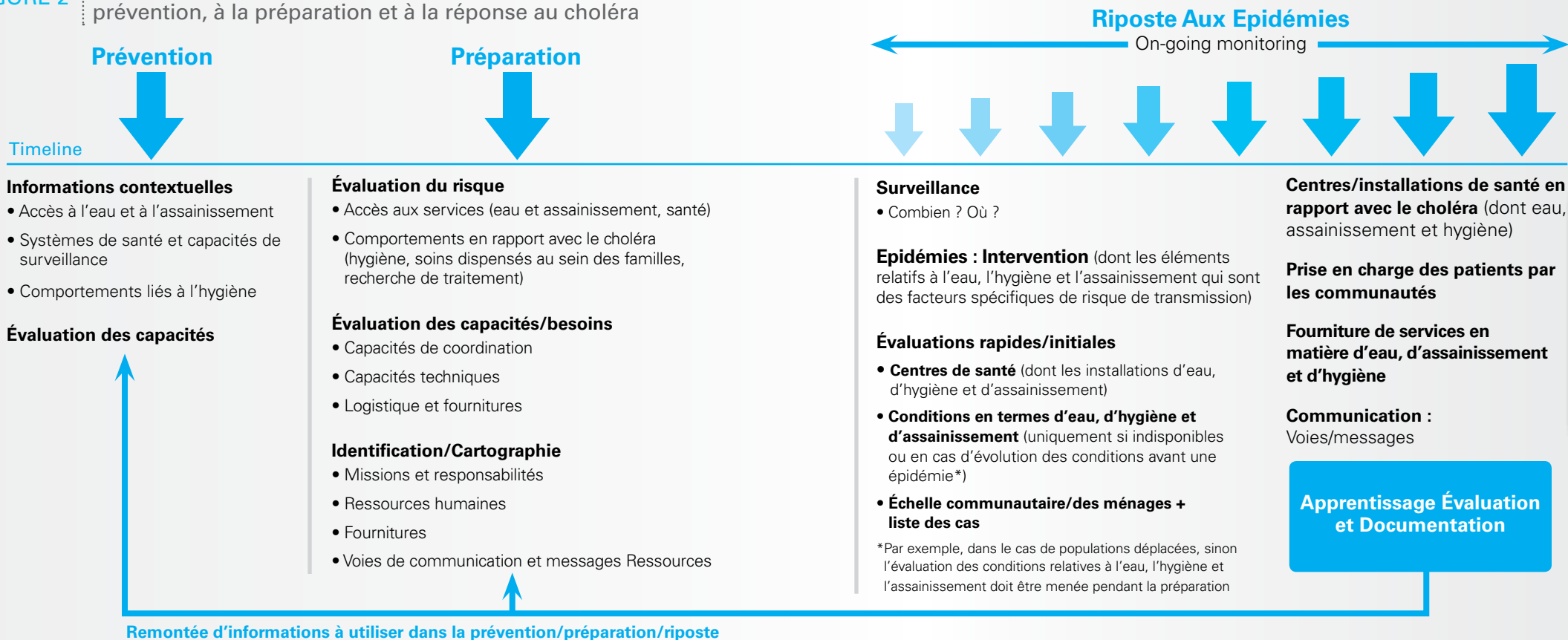
La connaissance des caractéristiques d'une région donnée (accès aux services, facteurs culturels déterminant les comportements de soins au sein des familles, etc.) dans le but de déterminer son niveau de risque et sa capacité à faire face au choléra constitue un volet essentiel de toute stratégie de prévention et de préparation à la maladie et de son plan d'action.

Au cours d'une épidémie de choléra, le suivi étroit de la situation (cas signalés et leur origine) et son évaluation permanente permettront d'agir rapidement pour enrayer la maladie, en limiter la propagation et réduire la mortalité. La collaboration entre tous les secteurs concernés (notamment Santé et WASH) est de la plus haute importance.

Le chapitre 3 ne s'intéresse qu'à l'évaluation des cas de choléra, à leur suivi et à leur signalement (pendant une épidémie).

Le schéma suivant illustre les différents éléments de l'évaluation et du suivi à inclure dans les activités de prévention, de préparation et de riposte au choléra.

FIGURE 2 Eléments proposés pour les évaluations et le suivi relatifs à la prévention, à la préparation et à la réponse au choléra



TdM

1
2

Compréhension et suivi de la situation

3
4
5
6
7
8
9
10

3.3 Identification de l'existence d'une épidémie, de son ampleur et de son échelle

L'identification de l'existence d'une épidémie, de son ampleur et de son échelle nécessite de mener les actions clés suivantes (adapté du document [WHO EWARN Guidelines 2012](#)).⁷ Celles-ci ne se dérouleront pas nécessairement dans l'ordre indiqué et pourront avoir lieu simultanément.

3.3.1 Action 1: Déclencher et vérifier l'alerte

La détection d'un nombre inhabituel de cas de diarrhée aqueuse aiguë (DAA) grâce aux méthodes de surveillance traditionnelles ou à des rumeurs émanant des communautés ou des médias doit déclencher une alerte. Il faut vérifier les alertes dans les 24 heures suivant leur signalement. Toute suspicion de choléra doit déclencher une enquête.

⁷ World Health Organization (WHO), [Outbreak surveillance and response in humanitarian emergencies: WHO guidelines for EWARN implementation](#). Geneva, Switzerland (2012).

Procéder à la collecte systématique des données, les partager immédiatement et s'en servir pour sensibiliser à l'action.

CONSEIL

On n'insistera jamais assez sur le rôle essentiel des données. Il faut collecter rapidement et régulièrement les données pertinentes, les analyser afin de les utiliser et de les communiquer immédiatement aux principaux partenaires multisectoriels (secteurs Santé, WASH, Communication, Éducation et Médias, fonctionnaires, responsables locaux, communautés et donateurs) afin de les inciter et de les aider à agir d'urgence et afin d'adapter les interventions de riposte à l'évolution de l'épidémiologie et à la qualité des activités menées.

FIGURE 3

Étapes du processus de notification, de vérification des alertes, d'enquêtes sur les épidémies et de riposte (Réseau d'alerte et d'intervention rapides de l'OMS [EWARN])



Déclencheurs d'une alerte pour suspicion de choléra, à vérifier dans les 24 heures

Dans les régions non endémiques : augmentation rapide du nombre d'enfants de plus de 5 ans et d'adultes présentant une diarrhée aqueuse aiguë.

Dans les régions endémiques : augmentation rapide du nombre de cas de diarrhée aqueuse aiguë par rapport au nombre escompté* compte tenu des tendances des années précédentes.

***Nombre de cas escompté :** ce chiffre résulte de l'analyse de données antérieures sur la diarrhée aqueuse aiguë dans la province, le district, le village, etc., concerné(e). Idéalement, il serait souhaitable de collecter et d'étudier les données de surveillance à l'échelle des districts, voire sur de plus petites zones, avant de les agréger à des niveaux supérieurs, ce qui permettrait une détection plus fine de l'épidémie. On peut comparer le nombre moyen mensuel (ou, mieux encore, hebdomadaire) de cas pendant les années sans épidémie à la situation en cours.

La figure 2 et l'annexe 3A décrivent un algorithme de vérification d'alerte et d'enquête (toutes deux adaptées des directives de l'OMS en matière de réseau d'alerte et d'intervention rapides [WHO EWARN Guidelines 2012](#)).

Pour vérifier les alertes, il suffit de poser quelques questions simples par téléphone ou par SMS.

- Quels sont l'âge, les signes et les symptômes du ou des patients potentiellement cholériques ?
- À quelle date sont apparus les symptômes chez le premier patient et les patients les plus récents ?
- À quel endroit et à quelle date la consultation médicale a-t-elle eu lieu ?
- Où le patient résidait-il quand il est tombé malade ?
- Où les cas apparaissent-ils (en incluant un éventuel lien géographique, personnel et temporel entre eux : appartenance à une même communauté, fréquentation du même établissement scolaire, mariage, centre de santé, enterrement, par exemple) ?
- Quelle est la situation ou l'issue à ce jour (prise en charge du patient, décès) ?

3.3.2 Action 2: Enquêter sur une suspicion d'épidémie


Après vérification d'une alerte et en cas de suspicion de choléra, il faut lancer une enquête afin de confirmer l'apparition du choléra, d'identifier la population à risque et de mettre rapidement en place des mesures de lutte contre la maladie.

La rapidité de la riposte est essentielle : la rétention d'informations, l'incapacité à reconnaître une épidémie ou la lenteur de la riposte risquent d'aggraver l'épidémie et d'entraîner des pertes de vies humaines évitables.


Il convient de déployer immédiatement une équipe pluridisciplinaire pour enquêter sur l'épidémie (équipe de riposte rapide), qui réunira, par exemple, un chef d'équipe (soit séparément, soit membre de l'équipe technique), un épidémiologiste, un microbiologiste pour prélever les échantillons à analyser en laboratoire, un clinicien, un spécialiste des questions d'eau, d'assainissement, d'hygiène ou de santé environnementale, un expert en mobilisation sociale/communication et un représentant de la communauté locale.

Action 2A: Enquêter sur le terrain afin de recueillir des informations initiales (secteurs Santé et WASH): Les informations fournies par les centres sanitaires et les communautés aideront l'équipe d'enquête à confirmer l'épidémie de choléra et à se faire une première idée de ses origines et de son échelle. L'équipe pourra également en profiter pour procéder à une rapide évaluation de la capacité de riposte des secteurs Santé et WASH. Au cours de cette enquête, elle :

Se rendra dans l'établissement de santé pour :

- examiner les patients, si possible, ou discuter des signes et des symptômes avec un clinicien,
- consulter le registre de l'établissement afin d'y rechercher d'autres cas éventuels (voir le [Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte](#) , pages 126-127, concernant l'examen des registres).⁸
- évaluer sa capacité de prise en charge des patients (voir l'**annexe 3B**);

Se rendra au foyer des patients, dans leur communauté, sur leur lieu de travail ou dans leur établissement scolaire et s'entretiendra avec des personnes qui sont en contact avec eux pour :

- évaluer les conditions WASH (y compris l'identification des comportements en rapport avec le choléra), le cas échéant (voir l'**annexe 3B**).
- rechercher d'autres cas et décès suspects (voir le [Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte](#) , pages 128-129, concernant les fiches d'enregistrement et de suivi des contacts) ;

Prélèvera des échantillons de selles auprès des 5 à 10 premiers patients cholériques présumés **Seule une culture des selles**, qui fournit également des informations sur la sensibilité antimicrobienne, **peut confirmer l'existence d'une épidémie de choléra**. En attendant les résultats de l'analyse des cultures, la combinaison de tests de diagnostic rapide (TDR) et d'informations cliniques et épidémiologiques peut contribuer à confirmer ou à infirmer la suspicion d'épidémie. En pleine épidémie, il n'est pas nécessaire de confirmer l'état de chaque patient pour lui dispenser un traitement anticholérique adapté. L'**annexe 3C** fournit des informations

⁸ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau Régionale pour l'Afrique et Centers for Disease Control (CDC), *Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région africaine*, 2^{ÈME} ÉD. (2011).

supplémentaires sur les examens de laboratoire, les TDR et les tests environnementaux.


Donner le coup d'envoi de la riposte

À ce stade, si l'évaluation laisse à penser qu'il s'agit bien d'une épidémie de choléra (même avant confirmation par la culture de selles), l'équipe d'enquête doit en informer le Ministère de la santé ou l'organe gouvernemental chef de file, afin qu'il donne le coup d'envoi à des mesures de riposte telles que la création d'un groupe de travail multisectoriel sur le choléra, la mise en place d'un dispositif de détection, d'alerte et de riposte rapides dans toutes les régions administratives à risque, l'élaboration d'une procédure claire de communication des informations aux principaux partenaires, la révision et l'actualisation du plan national de riposte, l'évaluation des besoins en ressources, la diffusion de messages à la collectivité, etc. Voir les sections 5, 7, 8 et 9 consacrées aux interventions de prévention, de préparation et de riposte.

CONSEIL

Action 2B: Confirmer l'épidémie de choléra: Seule une culture de selles peut confirmer la présence d'une épidémie de choléra. La définition d'un cas confirmé est celle où *Vibrio cholerae* O1 ou O139 a été isolé dans les selles du patient présumé.

Remarque relative au Règlement sanitaire international (RSI) :

Le choléra fait partie des maladies dont le RSI exige la notification à l'OMS. Il peut avoir des conséquences importantes sur la santé publique et se propager rapidement. L'algorithme d'évaluation et de notification des événements de santé publique figure sur le [site du RSI](#) . À noter que le choléra n'entraîne aucune restriction en termes de déplacements ou d'échanges commerciaux.

3.3.3 Action 3 : Mettre en place un réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) (ce type de dispositif peut porter différents noms, par exemple dispositif d'alerte précoce (DEWS), surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (IDSR), etc. Conformez-vous à la terminologie locale).

Les membres des réseaux d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) :

- recueillent des informations sur les tendances en matière de nombre de cas cliniques et de décès auprès des établissements de santé ou des communautés ;
- informent le niveau de responsabilité supérieur afin qu'il mène les actions de vérification et d'enquête adaptées ;
- mettent en œuvre toutes les mesures nécessaires de lutte contre la maladie.

Les réseaux d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) ont besoin de ressources pour enregistrer, transmettre (SMS, téléphone, e-mails, radio) et gérer les données, ainsi que pour assurer le transport et la supervision adéquate des personnes chargées d'enquêter sur le terrain et de mener les actions de riposte rapide (voir le document [WHO EWARN Guidelines, Sections 2-4](#) de l'OMS pour en savoir plus sur la structure, la gestion et la nature de ces réseaux, disponible à l'adresse.)

Si un réseau d'alerte et d'intervention rapides existe déjà, il faut en élargir la couverture et augmenter la fréquence de publication de ses bulletins si nécessaire. Idéalement, sa mise en place devrait intervenir pendant la phase de préparation. S'il n'en existe pas, il faut en créer un afin de pouvoir signaler immédiatement l'existence de « points chauds » nécessitant une intervention rapide, de produire des bulletins quotidiens et hebdomadaires, d'analyser la riposte et d'ajuster les programmes.

Action 3A : Créer un dispositif d'alerte immédiate concernant les « points chauds » à identifier et à signaler :

- Les nouveaux cas et décès dans des zones qui n'en avaient pas encore signalé
- L'augmentation soudaine du nombre de malades et de décès dans des régions ayant déjà signalé des cas
- Des lacunes graves en matière de fournitures, de ressources humaines, d'accessibilité ou de sécurité.

Il faut immédiatement signaler les alertes à une cellule centrale de notification telle que le Zimbabwe C4 (voir l'[annexe 5A](#)), qui prévient les secteurs Santé, WASH et les autres équipes concernées afin qu'ils prennent des mesures de riposte. Ces notifications s'effectuent souvent par téléphone fixe, téléphone portable, SMS et tout autre moyen de communication rapide. Pendant les épidémies, les opérateurs mobiles donnent de plus en plus souvent accès à des services d'appui tels que des « hotlines » gratuites pour les alertes immédiates.

L'[annexe 3D](#) fournit un exemple de registre d'alerte et l'[annexe 3E](#) un exemple de modèle d'alerte.

Action 3B : Créer ou renforcer le réseau d'alerte et d'intervention rapides

- 1) Élaborer et communiquer une définition de cas convenue par tous les partenaires pour cette épidémie.** La définition de cas ainsi que les instructions relatives à l'entité à laquelle signaler les cas présumés et la marche à suivre doivent bénéficier d'une large diffusion. Le personnel des établissements sanitaires, à tous les échelons du système de santé, doit apprendre à identifier le choléra et à le signaler. Il est important d'utiliser systématiquement une définition commune de cas.

Exemples de définition de cas *pendant* une épidémie

- Diarrhée aqueuse aiguë avec ou sans vomissements chez un patient âgé de 5* ans ou plus (OMS 2012) **OU BIEN**
- Tout individu évacuant au moins 3 selles liquides avec ou sans vomissements sur 24 heures (MSF 2004)

*Bien que la définition de cas de l'OMS ne s'applique qu'à partir de 5 ans (à partir de 2 ans également par le passé), il est important de noter que les enfants plus jeunes sont malgré tout concernés par le choléra et qu'en cas de diarrhée aqueuse, il faut impérativement les inscrire sur la liste (voir ci-dessous) et les traiter immédiatement.

- 2) Créer une liste descriptive des cas dans chaque établissement de santé recevant des cas présumés.** Il faut préparer à l'avance des registres du choléra et les diffuser aussi largement que possible. Chaque établissement doit conserver une liste descriptive des cas dans un registre spécifique au choléra. Dans la mesure où elle met en place un système de collecte et de suivi des données pendant l'épidémie cholérique et recense notamment des informations telles que le nom, l'âge, le sexe, l'adresse du patient, la date d'apparition des symptômes, la date de la première visite, le degré de déshydratation, le traitement administré et l'issue, cette liste facilite la compilation et l'analyse des informations. L'[annexe 3F](#) fournit un exemple de liste descriptive de cas ainsi que des informations complémentaires sur les données.

Si les ressources en personnel l'autorisent, le recueil d'informations auprès des patients et des membres de leur famille sur le lieu de traitement permet de déceler les risques possibles de transmission et donc de mieux cibler les interventions. Après confirmation de l'épidémie, le diagnostic des patients pourra s'appuyer uniquement sur les symptômes. Autrement dit, pendant une épidémie de choléra dans une zone donnée, la quasi-totalité des cas de diarrhée aqueuse aiguë avec ou sans vomissements sera à imputer au choléra.

Il faut analyser les données des listes descriptives de cas, s'en servir à l'échelle de l'établissement et à l'échelle locale, et les transmettre quotidiennement à l'échelon central (en début d'épidémie), puis de façon hebdomadaire. Il est également possible d'entrer les données dans un tableur afin d'interpréter rapidement les tendances sous forme de chiffres et de graphiques. L'[annexe 3G](#) fournit un exemple de feuille de collecte de données.

- 3) Recueillir des informations sur les cas et les décès grâce à des sources d'information officielle afin de compléter les informations transmises par les voies hiérarchiques officielles.** Il est important de recourir à divers moyens pour étudier activement les informations émanant des communautés (rumeurs),

des chefs religieux, des autorités politiques, des articles de presse, des blogs et de toute autre source d'information officielle. Tous les décès ne se produisent pas dans un établissement de santé et certains risquent de passer entre les mailles du filet et d'échapper au dispositif d'alerte.

3.3.4 Action 4: Décrire l'épidémie

Il est nécessaire de procéder à des points épidémiologiques réguliers et rapides afin de rendre compte de l'évolution et des tendances de l'épidémie cholérique et d'assurer le suivi des actions de riposte. Ces points peuvent être quotidiens (surtout au début de l'épidémie), hebdomadaires ou mensuels, en fonction de la progression de la maladie.

Les données doivent orienter l'action et faire l'objet d'un double suivi : à l'échelon administratif le plus bas de manière à adapter les interventions de riposte ; à l'échelon national ou régional pour soutenir l'action de plaidoyer et la collecte de fonds, prévoir la propagation de la maladie, estimer les besoins en ressources et prévenir les pays voisins de l'existence d'une épidémie à leurs frontières. L'**annexe 3H** présente la définition des données, les méthodes de calcul et l'analyse.

Les données doivent être analysées et transmises sous forme de chiffres, de graphiques et de cartes pour mettre en lumière trois catégories d'informations :

- population : personnes touchées (données ventilées par sexe, âge ou facteur de risque) ;
- déroulement : tendances au fil du temps (voir l'**action 4B**) ;
- lieux : situation géographique/endroit (voir l'**action 4C**).


L'**annexe 3F** consacrée aux listes descriptives de cas fournit des informations supplémentaires sur la manière dont les données collectées permettent de déterminer la population et le(s) lieu(x) concernés par les épidémies ainsi que leur déroulement.

Action 4A : Publier des bulletins quotidiens

Il convient de consigner au quotidien les cas cliniques, les décès et le taux de létalité (voir **annexe 3H**) afin de faire apparaître les tendances et de lancer ou d'ajuster les interventions de riposte. Il faut analyser ces tendances à l'échelon administratif le plus bas pour y adapter sur le champ les interventions de prévention et de prise en charge des patients. Les informations incluses dans des bulletins quotidiens sur les cas et les décès peuvent provenir des alertes et des listes établies par les établissements. L'**annexe 3K** propose un modèle de bulletin quotidien.

Action 4B : Publier des bulletins hebdomadaires

Reposant sur une analyse plus approfondie que les bulletins quotidiens, les bulletins hebdomadaires donnent une image plus fiable des tendances

de l'épidémie dans le temps, illustrées éventuellement par des tableaux, des courbes ou des histogrammes. Ils comprennent les données quotidiennes et cumulées rapportées sur une semaine (taux d'incidence), le taux de létalité et le taux d'attaque (voir l'**annexe 3H**). Il est également possible de présenter les données hebdomadaires ventilées par âge ou par sexe pour affiner l'analyse des tendances. Les [Bulletins épidémiologiques hebdomadaires du Zimbabwe](#)  en constituent un exemple.

Les courbes épidémiques (voir l'**annexe 3I**) permettent de déceler les regroupements de cas en fonction du temps, du lieu ou de la population (par âge et sexe) afin de prévoir le pic de l'épidémie, d'élaborer des hypothèses explicatives sur l'exposition et la maladie (source de l'épidémie et mode de transmission) et d'estimer la fin de l'épidémie. Les courbes épidémiques doivent être élaborées à l'échelle de chaque établissement, des districts, des provinces et du pays et doivent être actualisées fréquemment, à intervalle régulier.

Action 4C : Élaborer des cartes épidémiologiques

Les cartes constituent un outil utile à plusieurs titres : identification de l'origine géographique et du parcours probable de propagation de la maladie, suivi de l'évolution des cas, calcul du taux de létalité et du taux d'attaque et choix de l'ordre de priorité des interventions de prévention et de préparation dans les régions environnantes et au-delà des frontières. Des cartes figurant les cas par des points ou dessinées à la main peuvent montrer où, comment et pourquoi l'épidémie se déplace ainsi que la localisation des patients, des routes, des sources d'eau et des établissements de santé de manière plus détaillée que les cartes du pays à plus grande échelle.

Action 4D : Identifier les sources de transmission

L'analyse des informations recueillies ou estimées grâce aux actions 2, 3 et 4 pourra révéler des profils communs à tous les cas de choléra signalés et faciliter ainsi le repérage de la source de transmission. L'évaluation du rôle de certains plans d'eau, des points de vente alimentaires ou d'autres sources de transmission du choléra pourra s'appuyer sur des études cas-témoins, des enquêtes sanitaires autour de points d'eau, des inspections de l'hygiène et de la sécurité des aliments dans les points de vente et des tests de présence de coliformes thermo-tolérants dans les sources d'eau (tels que *E. coli*, in water sources as an indicator of the faecal contamination level and the potential risk of the presence of *V. cholerae*). Si nécessaire, il est également possible de mener d'autres études, notamment des tests en laboratoire et des études environnementales, bien qu'elles nécessitent du temps et des ressources et que cela puisse être difficile à mettre en œuvre dans les pays à faible revenu.

3.3.5 Action 5 : Estimer les populations à risque et le nombre de cas escomptés

L'estimation du risque repose sur la combinaison de plusieurs facteurs : la couverture des systèmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène, les paramètres environnementaux tels que la saison ou les crues, la densité de population, les déplacements et mouvements de personnes, la capacité de riposte systémique, l'immunité des populations, ainsi que la marginalisation, les contraintes économiques et les limites de l'approvisionnement en eau.

Action 5A : Estimer la population à risque

L'estimation des populations à risque concernera un nombre de lieux important reposant sur des facteurs de risque prédéterminés (voir la **section 2.3.3**) et inclura en général tous les résidents d'une zone géographique définie (village, camp, province, etc.). L'**annexe 6C** fournit des informations complémentaires sur l'évaluation des risques et des capacités. L'existence d'un risque d'exposition ne signifie pas que chaque membre de la communauté sera infecté ou présentera des symptômes nécessitant une prise en charge médicale (voir l'action 5B). Par conséquent, ils ne seront pas tous enregistrés comme des cas dans le dispositif de signalement.

Les méthodes d'évaluation des risques sont notamment les suivantes : examen des données existantes en matière de couverture, d'utilisation et de connaissance des services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène ainsi que des services de santé, observation, enquêtes sanitaires, mesure du chlore résiduel, entretiens avec les parties prenantes clés et réunions de groupe.

Démarrer les interventions de communication relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les zones à risque avant l'apparition de cas

CONSEIL

Des interventions en matière d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de communication doivent être mises en place immédiatement et de façon ciblée dans les zones à risque identifiées afin de prévenir la transmission à ces zones et en leur sein. La consolidation du réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) ainsi que le renforcement des capacités du personnel de santé dans le but d'améliorer la détection et la prise en charge des patients y jouent également un rôle essentiel. Voir les **chapitres 7 et 9** consacrés aux interventions de riposte.

Les interventions de prévention ciblées visant à juguler la maladie – notamment les interventions relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les mesures de communication et les vaccins anticholériques par voie orale, si cela est indiqué – doivent se concentrer sur les populations prédisposées. Dans les zones concernées, les capacités des communautés et du personnel de santé doivent être renforcées afin de se préparer à prendre en charge les patients (voir les **chapitres 7 et 9** consacrés aux interventions en matière de communication, d'eau, d'assainissement et d'hygiène).

Action 5B : Estimer le nombre de cas escomptés

Le nombre de nouveaux cas escomptés, et donc l'ampleur de l'épidémie, est très difficile à prévoir et dépend de multiples facteurs. On peut se servir du taux d'attaque estimé pour déterminer le nombre potentiel de cas et donc les zones où la prise en charge des patients et la lutte contre l'infection nécessiteront une attention accrue et une quantité importante de fournitures. L'estimation de ce taux peut s'appuyer sur les taux d'attaque historiques dans la zone concernée ou sur une probabilité calculée à partir de paramètres connus issus d'épidémies antérieures ailleurs dans le monde. Le taux d'attaque estimé doit reposer sur une évaluation des risques menée avec des partenaires. Il s'agit souvent d'une conjecture et il convient de l'arrondir pour s'assurer que les fournitures (qui pourront servir à combattre d'autres maladies diarrhéiques après l'épidémie) seront suffisantes. Le taux d'attaque estimé utilisé à des fins de planification diffère du taux d'attaque cumulé calculé après une épidémie pour déterminer les effets des mesures de lutte contre la maladie (voir l'**annexe 3H**).

Taux d'attaque estimé aux fins de planification épidémique

- 0,5-2 % : risque faible à moyen (zones moins densément peuplées, environnements ouverts, régions rurales ou éventuellement meilleur accès aux services)
- 2-5 % : risque élevé (lieux à forte densité de population avec installations d'eau et d'assainissement de mauvaise qualité, taudis urbains ou camps)
- Plus de 5 % : en général, risque très élevé (forte densité de population, services d'eau, d'assainissement et de santé de mauvaise qualité, population faiblement immunisée et vulnérabilité élevée)

Remarque : le taux d'attaque peut dépasser 5 %, comme en Haïti et à Goma, qui cumulent de multiples facteurs de risque et dont les populations sont faiblement immunisées.

Ces taux d'attaque estimés peuvent servir à évaluer le nombre de personnes susceptibles de contracter la maladie (et de se faire soigner) au sein de la population à risque. Ils permettront de déterminer le nombre et le type d'établissements de santé requis ainsi que leurs besoins en matière de fournitures médicales, d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Les estimations suivantes (extraites du Guide 2004 de MSF) permettent d'évaluer la quantité de ressources nécessaires pendant une période donnée dans le cadre d'une épidémie :

- dans tous les environnements : avant le pic épidémique, on prévoit 40 pour cent de cas ;

- dans les environnements à risque faible-moyen : en principe, le pic épidémique est atteint au bout de 1,5 à 3 mois et l'épidémie dure de 3 à 6 mois (propagation plus lente dans la population en raison de la faible densité démographique et de l'environnement ouvert) ;
- dans les environnements à risque élevé : en principe, le pic épidémique est atteint au bout de 1 à 2 mois et l'épidémie dure de 2 à 4 mois ;
- dans les environnements à risque très élevé : en principe, le pic épidémique est atteint au bout de 2 à 4 semaines et l'épidémie dure de 1 à 3 mois (propagation plus rapide dans la population en raison de la combinaison d'une forte densité démographique et d'autres facteurs de risque).

Les estimations du taux d'attaque permettent de prévoir les pourcentages de cas cliniques suivants :

- 80 pour cent des patients présenteront une maladie légère à modérée et recevront des soins (hospitalisation non systématique) ;
- 20 pour cent des patients présenteront une déshydratation sévère nécessitant une hospitalisation.

L'**annexe 3J** propose un tableau Excel de planification permettant de calculer le nombre de centres de traitement du choléra, l'effectif et la quantité de matériel médical, etc., nécessaires pour répondre aux besoins initiaux en matériel et en ressources.

3.3.6 Action 6 : Formuler et communiquer des conclusions et des recommandations

Les conclusions et les recommandations formulées après l'étude de l'analyse des résultats s'appuieront sur les considérations suivantes :

- confirmation qu'il s'agit bien d'une épidémie cholérique ;
- population touchée et population à risque ;
- causes possibles de l'épidémie cholérique, résultats des examens de laboratoire, source de l'infection, mode de transmission, taux d'attaque, taux de létalité et facteurs de risque possibles ;
- mesures déjà prises pour contenir l'épidémie ;
- recommandations : mesures à prendre pour maîtriser la situation et réalisation d'enquêtes/études complémentaires ;
- informations communiquées à l'ensemble des parties prenantes.

3.3.7 Suivi des dispositifs d'alerte et d'intervention rapides (EWARN)

Les dispositifs de surveillance et d'alerte précoce doivent faire l'objet d'un suivi visant à en vérifier régulièrement la qualité. Il convient en particulier d'examiner :

- le nombre de sites collectant des données qui émettent des bulletins hebdomadaires (avec graphiques de tendance par rapport aux semaines antérieures) ;
- l'exhaustivité du contenu des bulletins et le respect de la fréquence de publication (proportion de bulletins reçus par semaine) avec les tendances ;
- la proportion d'alertes entraînant une riposte dans les 24 heures suivant leur notification et le nombre d'alertes confirmées comme étant des épidémies ;
- les renseignements fournis sur des alertes spécifiques : date et heure, lieu, lancement éventuel d'une riposte, issue et cartographie.

Il faut également superviser régulièrement le personnel de santé afin de vérifier qu'il applique la définition de cas, que la liste descriptive de cas est convenablement renseignée, que les données sont analysées et communiquées aux partenaires clés aux fins d'action, que des formulaires de signalement sont disponibles et que le nombre d'alertes non signalées et le motif de non-signalement sont connus.

3.4 Suivi en l'absence de cas cliniques


Il est important de suivre les données épidémiologiques en dehors des épidémies de choléra et cette activité doit être intégrée au dispositif de surveillance existant doté d'une composante d'alerte et de détection précoces. Ceci est particulièrement important dans les cas suivants :

- **environnements endémiques** : zones à risque élevé et avant les poussées saisonnières ;
- **environnements à risque élevé** : environnements endémiques où le choléra est présent et environnements non endémiques où il risque d'être introduit, par exemple dans un site accueillant des personnes déplacées caractérisé par un accès restreint à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène et aux interventions médicales, une densité démographique élevée et des mouvements de populations.

Les zones identifiées comme étant à risque doivent disposer d'un dispositif d'alerte et de détection précoces et renforcer leurs efforts de prévention et de préparation.

RESSOURCES CLÉS

Médecins Sans Frontières, [Cholera Guidelines – 2004, 2nd ed, Chapter 1](#), (September 2004) 

World Health Organization (WHO), [Outbreak surveillance and response in humanitarian emergencies: WHO guidelines for EWARN implementation](#) Geneva, Switzerland (2012). 

OMS, [Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région africaine, 2eme Edition](#) (2011) 



4.1 Présentation du chapitre 4

Ce chapitre décrit les comportements et les pratiques individuels et collectifs favorables à la prévention de l'infection par le choléra et de sa transmission.

Liste des annexes

Annexe 4A Note d'orientation sur l'usage des vaccins anticholériques oraux à l'intention de l'UNICEF (2012)

4.2 Comment prévenir le choléra à travers l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène

Principe le plus important pour prévenir la transmission du choléra

Maintenir les matières fécales à distance de l'eau et des denrées alimentaires et éliminer les bactéries cholériques qui ont contaminé les aliments ou l'eau avant leur consommation.

Le tableau suivant recense des actions spécifiques susceptibles de prévenir la transmission du choléra si une grande partie de la population et des professionnels les appliquent. À long terme, l'élimination de la transmission du choléra⁹ nécessitera des efforts soutenus en matière d'accessibilité et d'utilisation des services d'eau et d'assainissement, d'adoption de pratiques d'hygiène adaptées (ce qui nécessite généralement une modification des comportements individuels et sociaux) ainsi que d'accessibilité et de qualité des services de santé.

Alors que le tableau indique les actions à mener et les résultats à atteindre, la **section 4.4** recommande, pour prévenir le choléra, d'étendre et d'intensifier les programmes existants aux zones prédisposées ainsi que d'inclure ouvertement cette maladie dans la hiérarchisation des priorités et la planification des interventions des secteurs Santé, WASH et des autres secteurs concernés.

⁹ La section 2.2 du présent Toolkit traite des modes de transmission du choléra.

Tableau 2 Actions à mener dans les communautés afin de prévenir la transmission du choléra

Résultat ciblé	Pratiques domestiques, communautaires et institutionnelles – Actions requises (peuvent nécessiter un changement de comportement durable)	Professionnels – Actions requises
Les personnes ont accès à de l'eau potable et la consomment	<ul style="list-style-type: none"> • L'eau provient de sources protégées. • Les personnes traitent l'eau efficacement¹⁰, par exemple, en la faisant bouillir¹¹, en utilisant des filtres à l'efficacité prouvée ou une dose de chlore adaptée. • Elles utilisent de l'eau bouillie ou traitée pour boire et préparer des jus de fruits, d'autres boissons et des glaçons. • L'eau est conservée en toute sécurité dans un récipient fermé doté d'un robinet, d'un goulot étroit ou d'un couvercle ainsi que d'un dispositif réservé à l'extraction d'eau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition de services d'eau dispensant une eau traitée et contenant du chlore résiduel. • La qualité de l'eau fait l'objet d'un suivi systématique et des mesures sont prises si la qualité laisse à désirer dont une formation au maintien de la potabilité de l'eau. • Des communications en faveur de l'évolution des comportements, des formations, une mobilisation et la diffusion d'informations sur les bonnes pratiques en matière d'eau potable sont mises en place par divers moyens afin d'éduquer la population. • L'eau domestique est traitée et stockée (systèmes, matériels, chaînes logistiques) et fait l'objet d'un suivi. • Des matériels de purification de l'eau, des conteneurs de stockage et leur mode d'emploi sont distribués et leur utilisation fait l'objet d'un suivi.
Les ménages, les communautés, les institutions et les points de vente alimentaires pratiquent une hygiène alimentaire sûre	<ul style="list-style-type: none"> • La nourriture est toujours préparée dans un environnement propre. • Les personnes qui s'occupent des repas se lavent les mains au savon après être allées aux toilettes, avant de cuisiner, ou de manipuler de l'eau. • Les plats cuisinés sont toujours servis chauds. • Il faut éviter de consommer des fruits de mer crus ou insuffisamment cuits. • Sur les marchés, les vendeurs ne vendent que des fruits entiers non pelés. • Toutes les denrées alimentaires sont couvertes pour les protéger des mouches et des autres insectes. • Les fruits et les légumes consommés crus sont toujours lavés préalablement à l'eau potable et au chlore. • Les ustensiles sont toujours nettoyés à l'eau chaude et au savon. • Les ustensiles sont toujours rangés et propres. • Des installations spéciales de lavage des mains dotées de savon sont à la disposition des clients, qui sont invités à les utiliser. • Lors des rassemblements, on veille tout particulièrement à ce que les aliments ne présentent aucun risque. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs alimentaires sont formés à la santé environnementale et à la sécurité alimentaire. • La formation à l'hygiène est dispensée par plusieurs moyens, notamment lors de séances de mobilisation sociale sur la sécurité alimentaire à l'intention des ménages et des institutions. • Des inspections ont lieu à intervalle régulier dans les points de vente alimentaires et les institutions telles que les écoles, les lieux de travail et les prisons, conformément au cadre/aux normes réglementaires en matière de santé environnementale. Des mesures correctives sont prises quand les normes ne sont pas respectées.

¹⁰ World Health Organization (WHO) [Drinking Water Quality Guidelines. 4th ed.](#) Geneva, Switzerland (2011). Cette quatrième édition fournit des informations sur le dosage et d'autres méthodes de traitement à l'efficacité prouvée (tous les filtres ne sont pas efficaces).

¹¹ World Health Organization (WHO) [Drinking Water Quality Guidelines. 4th ed.](#) Geneva, Switzerland (2011). Cette quatrième édition (p. 143) recommande de faire bouillir l'eau. Comme presque tous les pathogènes sont tués par une exposition à 65°C pendant 12 secondes, même dans l'eau trouble, l'OMS ne spécifie plus de durée ou de modification en fonction de l'altitude dans sa recommandation relative à l'ébullition de l'eau (communication personnelle : Margaret Montgomery et Bruce Gordon, 8 mai 2012).

Résultat ciblé

Pratiques domestiques, communautaires et institutionnelles – Actions requises (peuvent nécessiter un changement de comportement durable)

Les nourrissons sont nourris exclusivement au sein et, si nécessaire, reçoivent des liquides et des aliments sûrs

- Les nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement allaités.
- Les très jeunes enfants continuent à être allaités et reçoivent des aliments complémentaires préparés dans de bonnes conditions d'hygiène.
- Le cas échéant, le lait maternisé est préparé de manière hygiénique avec de l'eau bouillie qui demeure suffisamment chaude pour tuer les bactéries (mais qu'on laisse refroidir avant de servir).

Il n'y a pas d'excréments dans l'environnement parce que les personnes les évacuent en toute sécurité

- Les personnes utilisent des latrines dotées d'installations fonctionnelles de lavage des mains, dont l'état de propreté est entretenu.
- Les personnes ne défèquent pas à l'air libre (si elles n'ont pas accès à des latrines, elles enterrent toujours leurs selles).
- Les selles des enfants sont évacuées dans des latrines ou enterrées.
- Les marchés, les autres lieux publics et les institutions sont équipés d'installations d'évacuation des excréments dotées d'installations fonctionnelles de lavage des mains bien entretenues.
- Les installations d'évacuation des excréments sont adaptées sur le plan culturel et un système de nettoyage et d'entretien pérenne est mis en place pour les installations collectives ou publiques.
- Les besoins des groupes particulièrement vulnérables sont pris en compte.

Les personnes se lavent les mains au savon et à l'eau aux moments critiques

- Les personnes se lavent les mains à l'eau et au savon aux moments critiques (après la défécation ou la manipulation de selles, avant de confectionner les repas, de nourrir les enfants ou de manger).
- En l'absence de savon, les personnes se servent de cendre ou d'un autre désinfectant adapté.
- Pour éviter la contamination par un chiffon ou une serviette partagé(e), il faut laisser les mains sécher à l'air.
- Lors des enterrements et autres rassemblements, on veille tout particulièrement à mettre à disposition des installations de lavage des mains dotées de savon et à ce qu'elles soient utilisées aux moments critiques (y compris après un contact avec la personne défunte, ses vêtements, sa literie, etc.).

L'hygiène environnementale est respectée sur les marchés et dans les autres lieux publics

- Les systèmes d'évacuation des eaux usées sont régulièrement nettoyés.
- Les déchets solides sont éliminés en toute sécurité pour éviter la prolifération des mouches.
- Des latrines fonctionnelles et propres dotées d'installations de lavage des mains et d'eau potable sont à disposition.
- L'élimination des déchets solides fait l'objet du plus grand soin. Dans certain contextes, les selles, qui en font partie, sont évacuées dans des sacs en plastique collectés dans le cadre d'un système formel (« toilettes volantes »).

Professionnels – Actions requises

- Séances de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale : séances de groupes de soutien pour les mères, promotion de l'allaitement exclusif des nourrissons de moins de 6 mois (y compris des sessions des groupes d'appui pour les mères) et de l'allaitement avec alimentation complémentaire des bébés plus âgés (notamment éducation à l'hygiène alimentaire à l'intention des personnes s'occupant d'enfants).

- Promotion et facilitation de processus encourageant les programmes d'assainissement gérés par les communautés
- Appui aux autorités gouvernementales afin que les institutions et les lieux publics possèdent un nombre adéquat de latrines accessibles dotées d'installations fonctionnelles de lavage des mains ainsi que de systèmes en garantissant le nettoyage et l'entretien
- Communication sur les interventions favorisant l'évolution des comportements et le changement social concernant l'utilisation des latrines et leur entretien ainsi qu'auprès des communautés pratiquant la défécation à l'air libre.

- Une communication en faveur de l'évolution des comportements et du changement social, ainsi que des activités d'éducation et de mobilisation sociale concernant l'importance du lavage des mains au savon aux moments critiques sont entreprises.
- Dans tous les lieux publics, notamment à proximité des latrines publiques et dans les zones où les aliments sont préparés et servis, la construction, le fonctionnement et l'entretien (notamment la fourniture de savon) d'installations de lavage des mains sont encouragés.

- Une aide est apportée aux autorités municipales pour créer et pérenniser des systèmes efficaces de collecte et de gestion des déchets solides dans les zones urbaines, en particulier sur les marchés et dans les autres lieux publics.
- Des sessions d'éducation et de communication consacrées aux déchets solides sont organisées dans les écoles et sur les marchés.

Ces activités jouent un rôle essentiel dans la prévention du choléra.

La formulation de ripostes adaptées comprendra d'autres interventions. La **section 9.1** fournit des informations complémentaires sur les actions communautaires de **riposte au choléra**.

4.3 Utilisation des vaccins anticholériques

L'importance croissante de la vaccination dans la lutte contre le choléra s'explique notamment par l'existence de nouveaux vaccins plus efficaces, moins onéreux et préqualifiés, par la sensibilisation grandissante aux épidémies prolongées de grande ampleur suscitant des interventions considérables et une large couverture médiatique, par l'intérêt accru porté par les partenaires et les donateurs aux nouvelles technologies pour faire face à la progression préoccupante de l'incidence du choléra dans le monde et par le renforcement de la collaboration entre les spécialistes techniques des vaccins et les partenaires chargés de mettre en œuvre les mesures traditionnelles de lutte contre le choléra.

À l'heure actuelle, l'OMS a préqualifié deux vaccins anticholériques. Tous deux présentent un avantage majeur : ils s'administrent relativement facilement dans un délai court et ils s'appuient davantage sur le fonctionnement des systèmes de santé et de leurs partenaires plutôt que sur les actions, moins fiables, des familles ou des individus.

Vaccination : un moyen de défense conseillé

Il est recommandé aux gouvernements, à l'OMS et aux partenaires de réfléchir ensemble à l'éventualité d'utiliser les vaccins anticholériques oraux de manière préventive dans les zones endémiques, les zones à risque et les contextes humanitaires, ainsi que de manière réactive lors des épidémies. Quelle que soit la situation, le processus décisionnel doit reposer sur une évaluation solide des risques.

La vaccination ne se substitue ni à la nécessité d'améliorer l'éducation relative aux questions de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, ni à celle de diagnostiquer rapidement et de prendre en charge convenablement les patients contaminés. Elle ne doit pas faire oublier l'attention permanente qu'il convient d'apporter aux maladies diarrhéiques d'une autre origine, qui demeurent une cause majeure de mortalité infantile dans l'ensemble des pays en développement.

Il apparaît de plus en plus clairement que la mise en œuvre adéquate d'un *programme de vaccination anticholérique massive* doit être envisagée comme un élément potentiellement important de toute intervention de prévention et de lutte contre le choléra, au même titre que les autres domaines d'intervention abordés dans le présent Toolkit.

On trouvera à l'**annexe 4A** :

- les spécifications des deux vaccins préqualifiés ;
- des remarques générales sur l'utilisation des vaccins anticholériques oraux ;
- des informations sur l'utilisation préventive et réactive des vaccins anticholériques oraux (pourquoi, quand et comment les utiliser, qui doit les administrer et où, ainsi que d'autres considérations de faisabilité à prendre en compte dans le cadre d'une épidémie de grande ampleur et de crises humanitaires) ;
- le rôle d'appui de l'UNICEF ;
- les coordonnées de l'assistance technique et les moyens d'accès aux vaccins anticholériques ;
- le lien vers le webinaire des CDC et de l'OMS intitulé « Cholera and Cholera Vaccines: an update for UNICEF ».

Remarque : bien que cette section du Toolkit traite des vaccins anticholériques oraux dans le cadre de la prévention en tant que mesure de préparation, ces vaccins sont également utilisés de façon réactive dans le cadre de la riposte aux épidémies. Ils ont pour objectif de prévenir l'infection et ce faisant, d'enrayer le choléra et d'en limiter la mortalité.

RESSOURCES CLÉSS

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Vaccins anticholériques: note d'information de l'OMS Relevé épidémiologique hebdomadaire](#). (26 mars 2010), pp 117-128.

World Health Organization (WHO), [Oral cholera vaccines in mass immunization campaigns guidance for planning and use](#). Geneva, Switzerland (2010).

World Health Organization (WHO), [Ad-hoc Cholera Vaccine Working Group. Background Paper on the Integration of Oral Cholera Vaccines into Global Cholera Control Programs](#) (2009).

World Health Organisation (WHO), [Technical Working Group on creation of an oral cholera vaccine stockpile. Meeting report](#). Geneva, Switzerland (2012).

World Health Organization (WHO), [Global Task Force on Cholera Control Oral Cholera Vaccine Use In Complex Emergencies: What next? Report of a WHO meeting](#). Geneva, Switzerland (2006).

4.4 Intégration de la prévention du choléra aux programmes de développement/ordinaires

Le risque de choléra est maximal dans les populations les plus marginalisées, qui sont aussi les moins bien couvertes par les services d'eau, d'assainissement et de santé. La prévention du choléra exige le renforcement global des mesures de lutte contre les maladies diarrhéiques (amélioration de l'accès à ces services et des comportements liés à l'hygiène) et la mise en place de mesures anticholériques spécifiques dans les zones les plus à risque. Toute stratégie de prévention du choléra doit mettre davantage l'accent sur les programmes existants de lutte contre les maladies diarrhéiques et sur les ressources supplémentaires qui doivent leur être accordées afin d'élargir leurs activités.

Il est possible de limiter le risque de choléra et de prévenir la maladie en associant (1) l'intensification et l'extension des programmes de développement existants (santé, eau, assainissement, hygiène et communication pour le développement, entre autres) de manière à cibler les régions prédisposées au choléra et (2) la prise en compte explicite du choléra dans la planification et la mise en œuvre de ces programmes. Néanmoins, seule la pérennisation des résultats positifs obtenus permettra d'éliminer la maladie.

4.4.1 Intensification et extension des programmes existants dans les zones prédisposées au choléra

L'amélioration de l'accès à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène et aux soins de santé (notamment administration de SRO et de zinc), ainsi que les changements comportementaux en matière d'hygiène et de pratiques sanitaires familiales, découlant des programmes de développement, contribuent à réduire l'incidence des maladies diarrhéiques et le risque de choléra. Les interventions suivantes¹² sont apparues comme essentielles pour lutter contre les maladies diarrhéiques et les faire reculer. Le plaidoyer et le soutien des efforts nationaux, notamment de mobilisation des ressources, visant à intensifier et à élargir ces programmes aux zones prédisposées au choléra contribueront à prévenir et à éliminer cette maladie dans les environnements endémiques et à haut risque :

- approches à assise communautaire visant à éliminer la défécation à l'air libre et à augmenter la demande d'assainissement ;
- amélioration de la disponibilité de sources d'eau et adoption du traitement et du stockage sûr de l'eau dans les foyers ;
- interventions en faveur de l'évolution des comportements : adoption de bonnes pratiques d'hygiène (surtout le lavage des mains au savon), allaitement exclusif pendant les premiers mois de la vie, supplémentation en vitamine A, entre autres ;



- vaccination contre la rougeole et le rotavirus pour prévenir la diarrhée ;
- remplacement des liquides afin d'empêcher la déshydratation, supplémentation en zinc et alimentation en continu grâce à l'accès à des SRO à faible osmolarité, et actions de promotion de la santé dans les communautés présentant un risque élevé de diarrhée ;
- renforcement de la détection rapide des maladies diarrhéiques et des dispositifs de suivi épidémiologique ;
 - programmes de prise en charge des patients diarrhéiques et présentant d'autres causes importantes de morbidité et de mortalité, dont la malnutrition (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant [PCIME], prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à l'échelle communautaire [PCIME-C], prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë [PCMA] et alimentation des nourrissons et des jeunes enfants [ANJE]) ;
 - assouplissement des dispositifs de suivi afin qu'ils puissent s'adapter à la hausse du nombre de cas de diarrhée aqueuse aiguë ;
 - coopération des programmes de développement consacrés aux maladies diarrhéiques et des programmes d'urgence élaborés dans le cadre de la préparation et de la riposte rapide au choléra.

¹² UNICEF / World Health Organization (WHO), [Diarrhoea: Why Children are still dying and what can be done.](#) New York/Geneva (2009).

4.4.2 Prise en considération explicite du choléra dans les programmes de développement existants :

Dans les zones endémiques, le choléra doit être spécifiquement pris en compte dans la planification et l'exécution de tout programme de développement. La liste suivante recense les domaines dans lesquels il conviendra d'inclure le choléra pour mettre un terme à sa transmission/empêcher son apparition et améliorer les retombées sanitaires :

- Intégrer le choléra à la définition des stratégies et des plans d'action de tous les secteurs concernés (Santé, WASH, Éducation, etc.), ainsi qu'à l'allocation/hiérarchisation des ressources.
- Intégrer le choléra à l'évaluation nationale des risques afin que la programmation en tienne compte et définisse des actions spécifiques de préparation et de riposte.
- Intégrer au dispositif national de surveillance un réseau d'alerte et d'intervention rapides dans les zones présentant un risque élevé de choléra.
- Aider le ministère de l'Éducation et d'autres institutions chargées d'élaborer les programmes d'enseignement préscolaire, primaire, secondaire et universitaire à y intégrer le choléra à tous les niveaux.
 - En collaboration avec des établissements de formation, soutenir l'intégration du choléra à la formation professionnelle du personnel des secteurs de la santé, de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène, de l'éducation, de la nutrition, du développement des communautés et des médias.
- Inclure la détection, la prise en charge et le signalement de la diarrhée aqueuse dans la formation à la prise en charge des patients diarrhéiques du type PCIME ou PCIME-C du personnel intervenant dans les communautés à haut risque de choléra.
- Inclure des messages relatifs à la prévention du choléra et des maladies diarrhéiques (pratiques familiales clés) dans la communication normale relative aux interventions de développement.
- Renforcer les capacités du personnel des institutions chargées de mener à bien les programmes de développement en matière de prévention, de préparation et de riposte au choléra à l'échelle nationale et infranationale.
- Renforcer les capacités d'utilisation de vaccins anticholériques oraux dans les zones prioritaires et fournir les ressources nécessaires, le cas échéant.


Opportunités pour l'UNICEF d'inclure la prévention du choléra dans les programmes de développement


Dans les pays où il est endémique et dans les pays à risque, l'UNICEF doit tenir compte du choléra lors de l'élaboration de l'analyse de la situation, du Document de Programme de Pays et du Plan d'action, des Revues à mi-parcours et des autres processus de programmation et de planification. De la même manière, tous les secteurs de l'UNICEF concernés doivent tenir compte des zones prédisposées au choléra dans la définition des zones d'intervention prioritaires, notamment celles mentionnées à la **section 4.4.1** ci-dessus.

Les plans de travail et la collaboration avec des institutions gouvernementales et des partenaires (y compris les accords de coopération au titre de projets pour la mise en œuvre de programmes ordinaires) doivent systématiquement prévoir d'intégrer les actions mentionnées à la **section 4.4.2** ou d'autres actions visant à renforcer les capacités spécifiques ainsi que la sensibilisation à la prévention, à la préparation et à la riposte au choléra.

Le risque de choléra doit être pris en compte aux stades de la préparation et de l'élaboration des plans d'urgence du Bureau de pays de l'UNICEF (notamment alerte rapide/action rapide).

RESSOURCES CLÉS

UNICEF / World Health Organization (WHO), [Diarrhoea: Why Children are still dying and what can be done](#). New York/Geneva (2009). 

UNICEF, [Pneumonia and diarrhoea: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children](#) New York (2012). 

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) / UNICEF, [Déclaration commune : Prise en charge clinique de la diarrhée aiguë](#). Genève / New York (2004). 



5.1 Présentation du chapitre 5

Ce chapitre présente les principes et les structures de prévention, de préparation et de riposte aux épidémies cholériques, notamment le rôle des équipes spéciales et des comités de coordination. Il s'intéresse également aux réunions, aux sources d'information et à l'importance de la gestion des informations. Il analyse la nécessité de communiquer et les difficultés que soulèvent les situations dans lesquelles le choléra est présent mais non déclaré, ainsi que les missions et les responsabilités globales des parties prenantes.

Liste des annexes

Annexe 5A Comparaison entre les structures de coordination en Éthiopie et au Zimbabwe

5.2 Coordination en matière de prévention, de préparation et de riposte au choléra

5.2.1 Objectif de la coordination en matière de prévention, de préparation et de riposte au choléra

Pour être efficaces, les mesures de prévention, de préparation et de riposte au choléra requièrent une coordination et une communication entre de multiples secteurs et à différents niveaux. La rapidité de la riposte a des conséquences importantes sur la capacité de gérer les épidémies de choléra et leurs répercussions.

La coordination a pour objectif :

- de garantir la cohérence des activités de prévention, de préparation ou de riposte grâce à l'élaboration de plans de collaboration et d'accords sur les normes techniques ;
- d'éviter les lacunes et les doublons et de promouvoir la complémentarité ;
- d'utiliser au mieux l'ensemble des acteurs, notamment les partenaires gouvernementaux, les ressources, les financements et les fournitures ;
- de procéder à des évaluations collaboratives qui débouchent sur l'harmonisation des hypothèses de planification et de riposte ;
- de partager efficacement les informations ;
- de renforcer les capacités ;
- de mobiliser les ressources ;
- de permettre un suivi, un signalement et des décisions rapides ;
- de renforcer l'efficacité des dispositifs d'alerte précoce et son déclenchement rapide ;
- de fixer des seuils communs de déclenchement des interventions.

5.2.2 Structures de coordination de la prévention, de la préparation et de la riposte au choléra

Les activités qui aboutiront à la prévention à long terme du choléra (et des maladies diarrhéiques infectieuses de toute nature) doivent s'inscrire dans le cadre des démarches de renforcement des systèmes, des structures et des services mises en place au titre des actions de développement.

Ces démarches doivent notamment permettre un meilleur accès à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène améliorés, à la promotion de la santé et de l'hygiène, à la réduction de la malnutrition, à l'administration de SRO et de zinc et au traitement de la diarrhée aqueuse aiguë, notamment chez les enfants. Des actions de prévention et de plaidoyer spécifiques au choléra pourront se justifier dans les pays à risque moyen ou élevé et, dans la mesure du possible, les plateformes de coordination existantes devront considérer qu'elles méritent toute leur attention.

Tableau 3 Suggestion de structures de coordination spécifiques au choléra par niveau/échelle

Contexte	Coordination Niveau	Coordination Priorité	Commentaires
Augmentation de cas dans une zone d'endémie cholérique limitée à un district avec un nombre de cas typique pour la période de l'année	District	Principalement, la coordination de la planification et de la mise en œuvre des activités de riposte	Les interventions peuvent être gérées par une coordination à l'échelle du district avec demandes de matériels et d'appui supplémentaires auprès de l'échelon national, si nécessaire.
Epidémie dans une zone d'endémie cholérique d'une ampleur supérieure à la normale et menaçant de sortir des limites du district	Infranational ou régional avec appui national	Principalement technique : organisation de la logistique et des fournitures, supervision, aide à la formation, évaluation des risques et des besoins, mise en œuvre de stratégies d'appui et suivi des activités	La riposte pourra nécessiter des mécanismes de coordination à l'échelle du district ou de la région , mécanismes, complétés par un appui provenant de l'échelon national notamment de la part des groupes de coordination sectoriels et intersectoriels existants (<i>comité existant de coordination de la lutte contre le choléra ou les maladies, par exemple</i>).
Epidémie explosive dans un pays où les épidémies sont en général de faible ampleur ou dans lequel le choléra n'a pas sévi depuis de nombreuses années	National (avec appui supplémentaire à l'échelle infranationale si nécessaire)	Principalement, l'activité de liaison de haut niveau, la prise de décision stratégique, la définition de normes et la formulation de recommandations, l'élaboration de stratégies de prévention et de riposte, les activités de plaidoyer, de mobilisation des ressources et de suivi	L'action pourra justifier le déclenchement des mécanismes de coordination de gestion des catastrophes nationales ou propres au choléra à l'échelle nationale, régionale et des districts . Une aide internationale pourra également s'avérer nécessaire.
Epidémie à proximité des frontières du pays ou au-delà	National et transfrontalier	Principalement, le partage des données, le suivi des tendances et des risques, les interventions de riposte et les mouvements de populations, avec les risques de transmission associés	L'action nécessitera une coordination entre les autorités (nationales et locales) de part et d'autre de la frontière. Il faudra respecter le Règlement sanitaire international et notifier les autorités internationales.

Idéalement, ces structures de coordination préexistantes pourront également prendre en charge les actions de préparation à mener en anticipation d'une épidémie de choléra. Ce faisant, elles renforceront et pérenniseront les capacités des parties prenantes nationales et faciliteront la programmation collaborative entre les acteurs en charge du développement et des situations d'urgence.

Les structures requises pour coordonner efficacement une riposte au choléra dépendront de l'ampleur et de la localisation de l'épidémie, comme indiqué dans le tableau suivant :

Mise en place de structures de coordination

- Dans la mesure du possible, appuyer les mécanismes de coordination gouvernementaux existants à l'échelle nationale, régionale et des districts.
- Créer des structures de coordination les plus simples possibles, respecter la durée des réunions et limiter les comptes rendus au strict minimum.
- Mettre en place un lien direct avec des hauts fonctionnaires afin qu'ils puissent émettre des directives portant sur des interventions cruciales.
- Réfléchir au mode de fonctionnement des mécanismes nationaux et aux liens qu'ils entretiendront avec les structures régionales ou de district (hiérarchie intermédiaire et voies de communication).
- Dans le cas de pays fédéraux ou d'unions, définir clairement les structures applicables à chaque État, car elles pourraient être différentes.
- Si le choléra apparaît à proximité d'une frontière, mettre en place un mécanisme de coordination et de communication entre les autorités et les acteurs clés des pays concernés.
- Les secteurs Santé et WASH doivent jouer un rôle actif dans la mise en place d'une collaboration étroite : réunions communes, partage d'informations et évaluations conjointes à intervalles réguliers, logistique, interventions, planification et suivi, inclusion d'autres secteurs pertinents (tels que l'éducation, etc.).
- Exploiter au maximum les compétences de la société civile, notamment celles des organisations possédant une expertise importante en matière de riposte au choléra, telles que les ONG médicales, les ONG classiques, ainsi que les organisations communautaires et confessionnelles, habituées à mobiliser la collectivité pour faire face au choléra.

5.2.3 Équipes spéciales de lutte contre le choléra ou comités de coordination

Le Ministère de la santé coordonne l'ensemble des départements responsables de la santé préventive et de l'épidémiologie et endosse en général le rôle de chef de file global de la prévention, de la préparation et de la riposte au choléra. Les ministères et les départements en charge de la préparation aux situations d'urgence/catastrophes, de l'eau, de l'assainissement, de l'éducation, du développement des communautés, de la protection sociale, des collectivités territoriales, de l'information du grand public, de la communication et des finances doivent également être mobilisés. La participation et la mobilisation de la société civile, du mouvement de la Croix-Rouge/Croissant-Rouge, des organisations des Nations unies et d'autres organismes responsables, tels que les établissements de recherche médicale, sont toujours un atout.

Les pays ayant connu des épidémies de grande ampleur seront très probablement dotés d'une *équipe spéciale de lutte contre le choléra* autonome.

Dans les pays à endémie cholérique, où les épidémies importantes sont plutôt rares, ou dans ceux où le choléra n'a pas sévi depuis plusieurs années, il est probable que la maladie relèvera d'une équipe spéciale ou d'un mécanisme de coordination anti-épidémies plus général. Une agence nationale en charge de la préparation et de la gestion des catastrophes (ou équivalente), dont le mandat comportera ou non la lutte contre les épidémies, pourra éventuellement exister, en sus de l'équipe spéciale de lutte contre le choléra. Quels que soient leur forme et leur nom, les unités de coordination anticholériques devront remplir les fonctions de base suivantes :

- préparation aux épidémies ;
- coordination sectorielle et partage des informations ;
- collaboration à l'échelle régionale et internationale ;
- réalisation d'évaluations des risques et des besoins ;
- recueil d'informations sur les cas de choléra et les décès et publication de bulletins ;
- organisation de formations adaptées ;
- approvisionnement, stockage et distribution des fournitures essentielles ;
- mise en œuvre, supervision, suivi et évaluation des activités de lutte contre le choléra.

Les dispositifs de coordination pourront nécessiter la création de sous-comités ainsi que de groupes de travail consultatifs ou techniques responsables des domaines d'intervention suivants :

- coordination globale (en général, groupe consultatif stratégique) ;
- surveillance et échange d'informations ;
- prise en charge des patients et services de laboratoire ;
- santé environnementale/eau, assainissement et hygiène ;
- plaidoyer, communication en faveur de l'évolution des comportements et du changement social et mobilisation sociale ;
- communication et mobilisation des ressources ;
- distribution et utilisation des fournitures et logistique associée.

Composition des équipes spéciales nationales de lutte contre le choléra

Les équipes spéciales nationales de lutte contre le choléra doivent être largement représentatives. Leur taille doit permettre un équilibre entre le principe d'inclusion et la nécessité de prendre rapidement des décisions afin d'en assurer la mise en œuvre prompte et efficace. Une équipe spéciale type pourra comprendre :

FIGURE 4 Proposition de composition d'une équipe spéciale/plateforme de coordination nationale type de lutte contre le choléra



La composition des équipes peut varier en fonction du contexte. À titre de référence, se reporter aux structures de coordination utilisées pour deux épidémies majeures dans des contextes différents (Éthiopie et Zimbabwe) présentées à l'**annexe 5A** : comparaison des structures de coordination, avec observations relatives à leurs points forts et à leurs points faibles respectifs.

Pendant les épidémies, il est très important d'identifier les organisations dotées d'une expérience importante et avérée de la riposte au choléra, susceptibles de jouer le rôle de chef de file et de guide. Plusieurs institutions, agences et organisations internationales sont susceptibles de dispenser un appui technique. Il ne faut pas autoriser des personnes ou des organisations non qualifiées à gérer les activités de lutte contre le choléra, notamment celles relevant de la santé, tant qu'elles n'ont pas reçu une formation adéquate. Lorsqu'une épidémie se déclenche dans un endroit où le choléra était jusqu'alors inconnu, la formation du personnel national constitue une priorité stratégique.

Approche de responsabilité sectorielle du Comité permanent interorganisations

L'approche de responsabilité sectorielle du Comité permanent interorganisations joue un rôle dans la riposte au choléra uniquement dans les scénarios suivants :

- le gouvernement national ne parvient pas à faire face à l'ampleur de l'épidémie cholérique et a besoin d'une aide opérationnelle d'urgence supplémentaire, ou bien
- l'approche de responsabilité sectorielle est déjà mise en œuvre dans le pays en raison d'une autre catastrophe majeure.

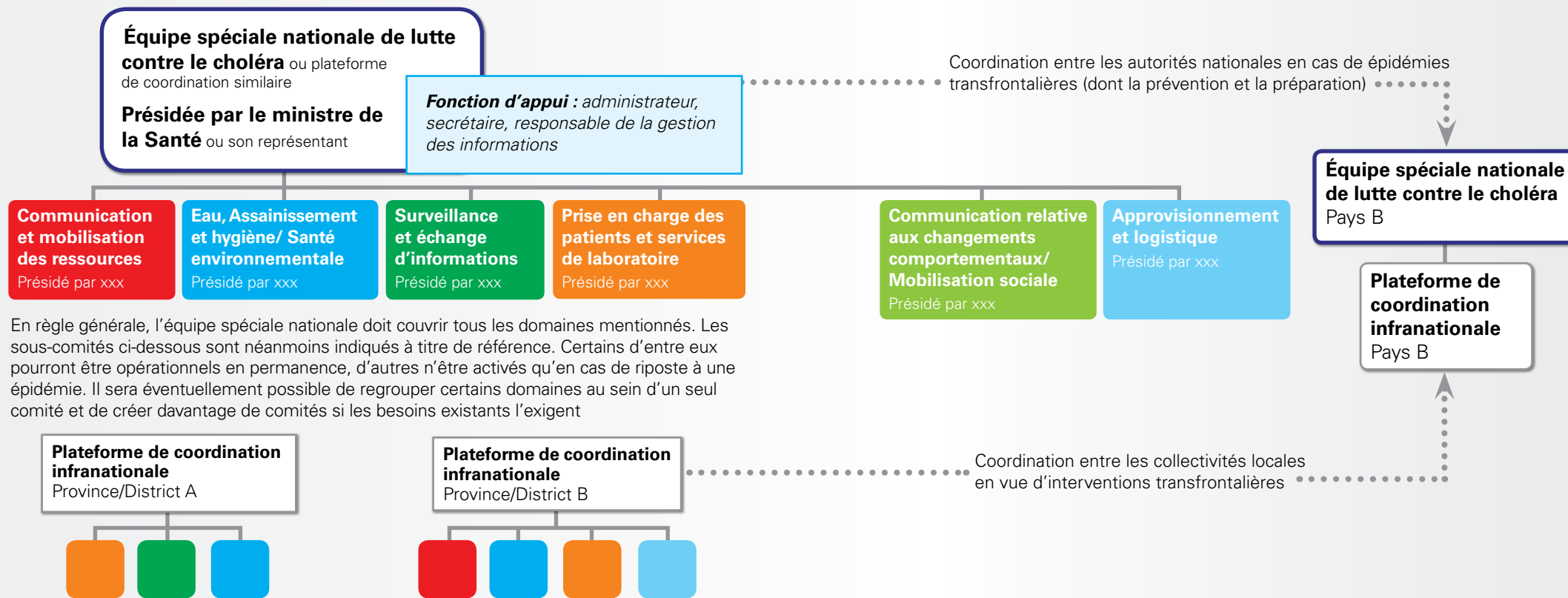
Dans ce cas, chaque groupe de responsabilité sectorielle aura pour mission :

- d'aider le gouvernement à jouer son rôle dans la riposte au choléra et, plus précisément, de fournir aux équipes spéciales nationales de lutte contre le choléra un appui opérationnel en matière de coordination, de logistique, de mobilisation des ressources, de conseil technique et de renforcement des capacités/formation des partenaires ;
- de coordonner les différents secteurs, en étroite collaboration avec les secteurs Santé et WASH et en lien avec les secteurs Nutrition, Éducation, Protection et Logistique ;
- d'aider le Ministère de la santé à mettre en place l'équipe spéciale de lutte contre le choléra.

Pour des informations complémentaires sur l'approche de responsabilité sectorielle (ou « approche cluster »), consulter les Manuels de coordination relatifs aux groupes de responsabilité sectorielle WASH (*WASH Cluster Co-ordination Handbook*)¹³ et Santé (*Health Cluster Guide*). Ces documents fournissent de nombreuses informations utiles en appui aux démarches de coordination sectorielle et intersectorielle des gouvernements.

¹³ Global WASH Cluster Co-ordination Project, [GUIDE POUR LA COORDINATION DU CLUSTER EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT \(WASH\) Un guide pratique pour tous ceux qui sont impliqués dans la coordination du Cluster Eau, Hygiène et Assainissement \(WASH\)](#), (2009).

FIGURE 5 Exemple de dispositifs de coordination pour les activités de préparation et de riposte au choléra



En règle générale, l'équipe spéciale nationale doit couvrir tous les domaines mentionnés. Les sous-comités ci-dessous sont néanmoins indiqués à titre de référence. Certains d'entre eux pourront être opérationnels en permanence, d'autres n'être activés qu'en cas de riposte à une épidémie. Il sera éventuellement possible de regrouper certains domaines au sein d'un seul comité et de créer davantage de comités si les besoins existants l'exigent

Problèmes auxquels se heurtent les équipes spéciales nationales de lutte contre le choléra

Lors des épidémies de grande ampleur, il est probable qu'une équipe spéciale nationale de lutte contre le choléra sera mise en place et chargée d'obtenir la pleine mobilisation des hauts fonctionnaires de l'État. Cependant, le fort esprit d'engagement que requiert la participation à cette équipe est difficile à maintenir en raison :

- de la représentation fluctuante des parties prenantes due à des mouvements de personnel et à l'évolution de la priorité accordée à cet investissement au fil du temps, sans compter le sentiment d'une domination du groupe par les professionnels de santé ;
- du ressenti des représentants des organisations de la société civile, qui ont l'impression de ne pas être pris en compte ou d'être limités en termes de nombre de participants ou de capacité à contribuer aux travaux du groupe.

5.2.4 Réunions et informations nécessaires pour gérer les risques de choléra

Avant les pics saisonniers, l'équipe spéciale de lutte contre le choléra ou le mécanisme de coordination doit se réunir périodiquement afin de se consacrer aux activités de prévention et de préparation. L'UNICEF et l'OMS doivent faire pression pour qu'un bilan complet de la préparation ait lieu deux mois avant la saison normale du choléra et pour en assurer la facilitation.

Pendant la période de riposte, les parties prenantes doivent se rencontrer fréquemment (au moins une fois par semaine). Pendant le pic des cas, l'équipe spéciale ou le comité qui gère la riposte directe, par exemple à l'échelle du district, devra se réunir tous les jours pour discuter de l'évolution de la situation, ainsi que de l'état et des insuffisances de la riposte, pour prioriser les actions et diffuser les données.



Tous les coordonnateurs de réunions doivent posséder des connaissances techniques et des compétences en coordination, quel que soit leur secteur d'activité habituel. Il convient de préparer l'ordre du jour des réunions et d'en indiquer l'objectif. Elles doivent être les plus courtes et les plus ciblées possibles. Il faut diffuser les points d'action soulevés pendant les réunions dans les plus brefs délais et en assurer le suivi.

Les informations jouent un rôle crucial dans l'engagement et les actions des parties prenantes, mais elles ne sont utiles que si elles sont communiquées aux personnes chargées d'agir en conséquence. Pendant les épidémies de choléra, ces parties prenantes sont :

- le grand public, qui a besoin d'informations pour se protéger ;
- les médias, qui diffusent largement les informations au grand public ;
- *les responsables de la riposte à l'échelle locale, nationale, régionale et infrarégionale*, tels que le gouvernement, les Nations unies, la société civile, les ONG/organisations communautaires, le secteur privé et les responsables communautaires, qui ont besoin de comprendre la situation, de savoir ce qu'il convient de faire où et quand, et quelles sont les ressources nécessaires et les ressources manquantes.

Le tableau suivant indique les types d'informations nécessaires à la bonne gestion des épidémies de choléra.¹⁴

¹⁴ Responsabilité Sectorielle Santé, Inter-Agency Standing Committee (IASC), *Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national*, (2009).

Tableau 4 Informations requises pour gérer les épidémies de choléra

Informations requises pour gérer les épidémies de choléra	Utilité	Parties du présent Toolkit correspondantes
Informations contextuelles et notions de base sur le choléra : <ul style="list-style-type: none"> • méthodes de prévention du choléra et mesures à prendre en cas d'infection ; • marche à suivre pour obtenir de l'aide et lieux correspondants (en général, gratuitement) ; • renseignements sur les centres de traitement du choléra et les points de réhydratation orale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le public sur les mesures à prendre pour bien se protéger. 	Chapitres 2, 4, 8 et 9
Données épidémiologiques et évaluation des risques et des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre l'évolution de l'épidémie, la nature des besoins et des actions de riposte prioritaires et comment communiquer de manière convaincante avec le public • Adapter la riposte aux nouvelles circonstances. 	Chapitres 2 et 3
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de riposte : qui fait quoi, où, quand et quelles sont les ressources disponibles (personnes, fournitures, logistique, finances) • Suivi des pénuries et des besoins, c'est-à-dire savoir quand et où se produisent les ruptures de stock et disposer d'un plan de réapprovisionnement d'urgence quand elles sont signalées 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître la capacité de riposte et ses points faibles afin d'y remédier. 	Chapitres 5, 6, 7, 8, 9 et 10
Données et informations sur l'avancement, l'efficacité et l'efficacité de la riposte	<ul style="list-style-type: none"> • Données et informations sur l'avancement, l'efficacité et l'efficacité de la riposte 	Chapitres 3, 8 et 9

5.2.5 Coordination et communication lorsque le choléra est présent, mais non déclaré

Les épidémies de choléra sont susceptibles d'avoir des ramifications politiques importantes. Pour des raisons politiques et/ou économiques, les gouvernements pourront éventuellement décider de ne pas déclarer le déclenchement d'une épidémie. Bien que l'OMS indique clairement que le choléra ne justifie pas d'interdictions alimentaires, il est arrivé dans le passé que l'annonce d'une épidémie ait des conséquences dramatiques sur les échanges commerciaux. Pendant les épidémies de 1991 au Pérou et de 1998 en Tanzanie, au Kenya, en Ouganda et au Mozambique, la réglementation européenne a interdit l'importation de fruits de mer (il s'agit du dernier embargo en date sur les importations de fruits de mer).

Conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international, toute épidémie cholérique susceptible d'avoir des implications internationales doit être signalée. Localement, les pouvoirs publics tiendront éventuellement à présenter la maladie en des termes moins menaçants tels que « diarrhée aqueuse aiguë » ou « maladie 001 ». Compte tenu des vives réactions que suscite apparemment le mot « choléra », il pourra sembler préférable de ne pas le déclarer pour éviter des répercussions sur le tourisme, la fierté nationale ou la vie politique (puisque une épidémie de choléra peut être perçue comme un échec du gouvernement à fournir des installations adéquates d'eau, d'assainissement et d'hygiène et à lutter contre la pauvreté dans son pays).

La non-déclaration d'une épidémie de choléra peut compliquer la riposte de plusieurs manières :

- une sensibilité accrue au sein du gouvernement, de l'ONU et des acteurs de la société civile, ce qui limite, par conséquent, le partage des informations ainsi que les activités de planification et de riposte ;
- les atermoiements de certains acteurs clés (dont le gouvernement, l'ONU, les donateurs, les ONG) retardent la mise en œuvre d'actions directes de lutte contre l'épidémie, ce qui restreint les fonds disponibles et le nombre de participants à la phase précoce de la riposte ;
- il est fait appel tardivement aux médias pour informer les communautés ;
- la communication est difficile avec les pays voisins parce que la maladie n'est pas officiellement définie ;
- on passe à côté d'opportunités précoces d'enrayer la propagation de la maladie.

(Remarque : si le gouvernement ne veut pas déclarer le choléra, l'identification, le suivi et la communication aux autorités pertinentes de la sensibilité antimicrobienne des souches de V. cholerae en circulation risquent de s'avérer très difficile).

5.3 Responsabilités des parties prenantes concernant le choléra

Les parties prenantes citées dans le tableau ci-dessous pourront éventuellement participer aux activités de prévention, de préparation et de riposte au choléra. L'ampleur de l'épidémie déterminera quelles sont les parties prenantes qui doivent être mobilisées.

Coordonner et communiquer en l'absence de déclaration du choléra

- S'appuyer sur le rôle de protecteur des droits de l'enfant de l'UNICEF comme outil de plaidoyer auprès du gouvernement.
- Soutenir de façon proactive la coordination et l'action dans le cadre existant, par exemple, en soutenant les actions d'organisations déjà engagées dans des programmes de développement dans la région.
- Nouer des relations de confiance avec le personnel médical, les responsables des questions d'eau, d'assainissement et d'hygiène et d'autres professionnels engagés dans la riposte. Même quand le gouvernement ne déclare pas l'épidémie, les professionnels de terrain font souvent de leur mieux pour réagir dans les limites qui leur sont imposées. S'ils sont convaincus que vous ne les mettez pas dans une position délicate ou dangereuse vis-à-vis des autorités politiques, ils apprécieront de recevoir un appui qui améliorera la riposte.
- En l'absence de liens existants, contribuer à faire la liaison entre les professionnels du gouvernement et ceux d'autres organisations possédant une expérience importante en matière de riposte au choléra.
- S'il y a une réticence à utiliser le terme « choléra », mais que le terme « diarrhée aqueuse aiguë » (ou un autre terme) est accepté, ne perdez pas de temps à débattre des termes utilisés, mais soulignez auprès des gouvernements et des populations le sérieux de la maladie. Cela inclut la nécessité de répondre rapidement et d'utiliser les médias de masse pour informer de larges populations avec des informations clés.
- Dans les activités de développement permanentes, en particulier à l'échelle communautaire, mettre l'accent sur la prévention et le traitement de la diarrhée aqueuse aiguë ainsi que sur les dispositifs d'aiguillage.
- Inciter des représentants de haut niveau (par exemple, le Coordonnateur humanitaire ou un Coordonnateur résident des Nations unies et des directeurs d'agences) à faire pression sur les membres du gouvernement afin qu'ils reconnaissent le problème et leur expliquer pourquoi ils ont intérêt à utiliser la terminologie admise sur le plan international.
- Les démarches de lobbying doivent être étayées par des preuves, s'il en existe, telles que des déclarations écrites de l'OMS informant de la levée des restrictions au commerce des fruits de mer, etc. Il faut également souligner les répercussions probables d'une montée en puissance de l'épidémie, notamment ses coûts pour le pays, et donner des exemples d'autres épidémies de grande ampleur.

CONSEIL

TdM

1

2

3

4

5 Coordination, responsabilités et gestion des informations

6

7

8

9

10

Tableau 5 Parties prenantes potentielles aux activités de prévention, de préparation et de riposte au choléra ainsi que les responsabilités/actions leur incombant

Responsabilités/actions possibles	Description	Responsabilités/actions possibles
<p>Parties prenantes primaires : dans les foyers et les communautés Approche fondée sur les droits de l'homme – Détenteurs de droits</p>	<p>Comprend : jeunes filles, garçons, femmes, hommes, <i>c'est-à-dire tous les membres de la communauté y compris les nourrissons, les jeunes, les personnes âgées, les chefs de famille monoparentale, les orphelins, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH/Sida, etc., les enfants scolarisés ou non, les fournisseurs de denrées alimentaires et d'eau.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activités communautaires de préparation, de planification et d'intervention relatives au choléra, participation à des équipes spéciales ou à des groupes de travail locaux. • Gestion et entretien des points d'eau, des latrines et des installations de lavage des mains à domicile et pour la collectivité. • Utilisation d'eau potable, évacuation sûre des excréments et pratiques sûres d'hygiène personnelle et alimentaire. • Alimentation sûre des nourrissons, lavage des mains au savon aux moments critiques (après la défécation ou la manipulation de selles, avant de confectionner les repas, de nourrir un enfant ou de manger), utilisation et entretien des latrines. • Utilisation de SRO pour la réhydratation et aide aux malades pour qu'ils accèdent rapidement aux établissements de santé. • Éducation par les pairs aux pratiques sûres en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et importance d'une alimentation sûre des nourrissons ainsi que de l'utilisation de SRO. • Vente et utilisation d'eau potable pour préparer les aliments et les boissons. • Adoption de pratiques sûres d'hygiène alimentaire dans les points de vente alimentaires. • Suivi des nouveaux cas cliniques et information des professionnels de santé.
<p>Parties prenantes secondaires : dans les communautés Approche fondée sur les droits de l'homme – Détenteurs d'obligations</p>	<p>Comprend : écoles/enseignants ; institutions/responsables religieux ; agents de santé dans les villages (<i>et autres agents de vulgarisation</i>) ; membres respectés de la communauté (<i>responsables, sages-femmes traditionnelles, anciens, etc.</i>) ; groupes communautaires (<i>femmes, jeunes, sportifs</i>) ; secteur privé de proximité (<i>commerçants vendant des produits de traitement de l'eau à usage domestique, des SRO, etc.</i>) ; personnes susceptibles d'exercer une influence localement (<i>personnel d'établissements locaux d'enseignement et personnalités connues/célébrités locales</i>) ; groupes et/ou clubs de femmes et de jeunes (<i>et autres groupes communautaires</i>) ; médias communautaires (<i>stations de radio ou de télévision communautaires, théâtre local et cinémas/vidéoclubs itinérants</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention du choléra grâce à des interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène • Préparation, planification et action communautaires en matière de choléra, dont la sensibilisation à la santé et à l'hygiène • Mobilisation des membres de la communauté pour inciter à l'adoption de comportements et de pratiques saines et sûres et participation des communautés à des activités de prévention du choléra et à des équipes spéciales locales de lutte contre le choléra • Éducation et motivation des élèves en matière de mesures de prévention et de riposte au choléra • Leadership et motivation en matière de mesures de prévention et de riposte au choléra à l'intention des membres de la communauté et des groupes religieux • Animation de discussions au sein des communautés visant à déstigmatiser le choléra • Remontée d'informations aux autorités sur la qualité des services dispensés aux communautés • Vente de SRO, de savon et de produits chimiques ou de matériel de traitement

Responsabilités/actions possibles	Description	Responsabilités/actions possibles
<p>Parties prenantes tertiaires : à l'échelle du district, régionale, nationale ou internationale</p>	<p>Comprend : collectivités locales (<i>départements chargés de la santé, de l'eau, de l'éducation, de l'agriculture</i>) ; ministères (<i>santé, eau, communication, préparation aux catastrophes, aide sociale, développement des communautés</i>) ; institutions semi-autonomes (<i>chargées de la nutrition, de la recherche médicale, etc.</i>) ; établissements d'enseignement (<i>universités, lycées et autres établissements de formation, par exemple ceux formant les épidémiologistes, les médecins, les infirmiers, les travailleurs sociaux ainsi que les professionnels de la santé publique, de la santé environnementale ou de l'eau et de l'assainissement</i>) ; secteur privé (<i>fournisseurs de produits et de matériels, appui aux activités de promotion</i>) ; célébrités nationales ou stars du sport influentes ; organisations non gouvernementales et Mouvement de la Croix-Rouge (<i>organisations et partenaires nationaux et internationaux de l'ONU, par exemple OMS, UNICEF, OCHA</i>) et donateurs (<i>bilatéraux, unilatéraux, ambassades, privés</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention du choléra grâce à des interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène et, le cas échéant, de vaccinations • Préparation, planification et actions associées • Coordination à l'échelle transfrontalière, nationale, régionale et des districts • Surveillance et études épidémiologiques • Investigations des suspicions d'épidémies • Planification, priorisation des actions et gestion de la riposte aux épidémies • Conseils et normes techniques • Confirmation en laboratoire de la présence de <i>V. cholerae</i> • Tests de qualité de l'eau et suivi • Création de centres de traitement du choléra • Évaluation clinique et prise en charge des patients • Appui logistique et appui à la chaîne logistique afin d'éviter les ruptures de produits et de matériels thérapeutiques stratégiques • Soutien psychosocial aux patients atteints de choléra et de leurs familles • Communication intégrée (médias et interpersonnelle) • Mobilisation de la communauté • Soutien, encouragement et suivi du travail des agents communautaires • Fourniture de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène • Formation à tous les niveaux • Suivi de la sécurité alimentaire dans les points de vente alimentaires • Suivi et rapports • Financement

15 Dans les collectivités locales, il arrive que des équipes de mobilisation intersectorielles travaillent sur des projets ne relevant pas de leur propre secteur et lors des épidémies de grande ampleur on pourra faire appel à du personnel extérieur aux secteurs habituels pour venir appuyer les activités de riposte.

5.4 Gestion des données et des informations

Il convient de vérifier, d'analyser et d'évaluer des données précises et cohérentes ayant fait l'objet d'une collecte systématique avant de les présenter aux décideurs. Ce processus doit non seulement s'effectuer au moment opportun, mais nécessite aussi une actualisation et une réévaluation permanentes. Il faut que les acteurs de la riposte aux crises engendrées par le choléra comprennent la valeur et les limites des données. Grâce aux informations fournies par les registres, il est possible de définir un état des lieux de départ et d'effectuer des comparaisons (temporelles/géographiques) qui permettront de décider en meilleure connaissance de cause.

5.4.1 Cycle de gestion des informations

Dans le cadre des épidémies de choléra, la gestion des informations comporte quatre volets : collecte, traitement, analyse et diffusion¹⁶. Son cycle est composé des étapes suivantes :

- a. collecte des données et des informations brutes** : fournies dans le cadre du dispositif de surveillance de la maladie, des investigations des épidémies, des informations relatives aux stocks et aux taux d'utilisation des fournitures ainsi que d'autres évaluations ;
- b. organisation des données et des informations** : présentation sous une forme autorisant le partage telle qu'un rapport d'évaluation ou un tableau « qui fait quoi, où, et quand » (Tableau4V);
- c. analyse des informations et enseignements à en tirer** : par exemple, analyse des données épidémiologiques et identification des insuffisances de la riposte par site ;
- d. application des connaissances aux fins de prise de décision et d'action** : par exemple, mise en œuvre de la riposte dans les zones qui en ont le plus besoin et où des insuffisances ont été identifiées ;
- e. suivi des activités** : collecte permanente d'informations et de données aux fins d'analyse et d'ajustement de la riposte ;
- f. diffusion des informations agrégées et interprétées précisant les actions et activités nécessaires ou déjà menées.**

Outbreak information needs to be accessible to everyone involved in the preparedness and response efforts in an appropriate and timely manner. The co-ordination mechanisms play a key role in making dissemination effective, manageable and useful.

¹⁶ Global WASH Cluster Co-ordination Project, [GUIDE POUR LA COORDINATION DU CLUSTER EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT \(WASH\) Un guide pratique pour tous ceux qui sont impliqués dans la coordination du Cluster Eau, Hygiène et Assainissement \(WASH\)](#), (2009).

5.4.2 Méthode de gestion des informations

Les points suivants nécessiteront de coordonner la prise de décision :

- nature des données à collecter ;
- personne/organisme responsable de la collecte des données ;
- méthode d'organisation des données, c'est-à-dire vérification, documentation et stockage (bases de données, systèmes SIG, rapports électroniques), et personne/organisme responsable de la gestion du processus ;
- personne/organisme responsable de l'analyse des données et de la réalisation des rapports de résultats (épidémiologiste, spécialiste des questions d'eau, d'assainissement et d'hygiène, pharmacien) ;
- modalités de diffusion des informations obtenues (e-mails, réunions, bulletins, radio, télévision) ;
- méthode de recueil des commentaires sur les informations communiquées et de renvoi dans le cycle de planification (commentaires du grand public, des acteurs de la riposte, des médias)?



Dans le cas d'épidémies cholériques de grande ampleur, des personnels spécialisés seront affectés à la gestion des données et des informations à différents niveaux. Parmi les fonctions suivantes, il conviendra de réfléchir à celles que le personnel existant peut endosser et à celles qui nécessiteront de faire appel à des spécialistes :

- Responsable de la gestion des informations
- Agent de saisie des données
- Épidémiologiste
- Spécialiste de la santé environnementale
- Spécialiste des bases de données
- Spécialiste des SIG
- Spécialiste des relations avec les médias
- Spécialiste en développement Web
- Prestataire de services de traduction
- Agent chargé des rapports.

Gestion des données et des informations.


- Utiliser les outils de gestion des informations les plus simples possibles et limiter au maximum les exigences en matière d'informations.
- Communiquer régulièrement afin de mettre en place des réseaux, de nouer des relations et de collecter des informations à jour.
- Ne pas sous-estimer la charge de travail que génère la gestion des informations ; recruter des spécialistes en appui à la riposte en cas de épidémies importantes.
- Être conscient des difficultés inhérentes à la collecte d'informations, notamment les manipulations dont elles peuvent faire l'objet (politiques, financières, culturelles, liées aux capacités).
- Mettre à disposition des formats et des recommandations quant au niveau de qualité des informations exigé et solliciter un appui administratif pour le suivi.


CONSEIL

Les sections suivantes fournissent des informations complémentaires sur certains aspects de la gestion des informations :

- Partage d'informations dans le cadre de la coordination – **Section 5.2.4**
- Coordination et communication en l'absence de déclaration du choléra – **Section 5.2.5**
- Collaboration avec les médias, dont orientations et recommandations, ainsi qu'avec le ministère de la Communication ou de l'Information – **Section 7.2.3**
- Graphiques et cartes relatifs aux épidémies – **Section 3.3.5**
- Suivi et production de bulletins – **Section 3.3**

RESSOURCES CLÉS

Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare / World Health Organization (WHO), [Intersectoral actions in response to cholera in Zimbabwe: From emergency response to institution building. Background paper written for the World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil \(2011\).](#) 

Water, Hygiene and Sanitation (WaSH) and Health Cluster Somalia. [Responsibilities of WaSH cluster, Health cluster and communications for AWD/Cholera response.](#) Working document. (2012). 

6 Préparation au choléra



6.1 Présentation du chapitre 6

La préparation au choléra est le processus de mise en place des éléments de la riposte en anticipation des épidémies pour renforcer l'efficacité de la riposte, informer le personnel des tâches à accomplir, assurer la disponibilité des fournitures requises et convenir à l'avance des dispositifs de coordination, de communication, de suivi et d'appui. Elle revêt une importance toute particulière dans les pays présentant les caractéristiques suivantes :

- le choléra y est endémique ;
- des épidémies de choléra ont eu lieu au cours des 3 à 5 dernières années ;
- des pays voisins ont connu des épidémies de choléra dans la même région géographique (possibilité de transmission transfrontalière)

Les annexes du présent Toolkit fournissent des informations détaillées sur les étapes et les activités de la préparation et de la riposte ainsi que des exemples de directives et de plans de travail.

Liste des annexes

- Annexe 6A** Liste de contrôle et plan de travail relatifs à la préparation et la riposte au choléra
- Annexe 6B** Exemples de recommandations
- Annexe 6C** Évaluation des risques et des capacités
- Annexe 6D** Plans de préparation et de riposte : contenu et exemples
- Annexe 6E** Proposition de cadre logique pour la préparation et la riposte au choléra
- Annexe 6F** Principales compétences et besoins en formation du personnel clé participant à la lutte contre le choléra
- Annexe 6G** Renforcement des capacités: méthodes et exemples de formations et documents sur le choléra

6.1.1 Différences entre les plans de préparation, d'urgence et de riposte

Plan de préparation : indique les étapes requises pour se préparer à une épidémie cholérique, notamment l'analyse des écarts et les activités de renforcement des capacités (formation, accord préalable sur les normes, messages, etc.), le prépositionnement des fournitures, l'adaptation et le prépositionnement des supports d'éducation, d'information et de communication, l'identification des partenaires et accords prédéfinis pour la mise en œuvre de la riposte, entre autres. Il comprend aussi des informations sur la riposte (plan de riposte) ainsi que sur les besoins et les ressources requises pour y répondre.

Plan d'urgence : envisage différents scénarios (épidémies de faible, moyenne et grande ampleur) et identifie des mesures de préparation et des ripostes pour chacun d'entre eux. En général, ce plan est élaboré face à une crise émergente.

Plan de riposte : recense les actions à mener en cas d'épidémie cholérique, notamment qui fera quoi, où et quand.

Idéalement, la direction et la responsabilité du processus de préparation incombent au gouvernement du pays, qui fournit un cadre de mobilisation nationale pour l'action, qui décrit les tâches dévolues aux pouvoirs publics et à d'autres parties prenantes disposant de capacités avérées en matière de choléra, pour appuyer les activités de préparation à tous les niveaux. Ce cadre devra inclure des plans de renforcement à long terme des capacités en matière de préparation et de riposte aux épidémies cholériques ainsi que des plans sectoriels.

6.1.2 Éléments de la préparation au choléra

La figure suivante donne une vue d'ensemble des diverses actions de préparation au choléra. Le présent chapitre en étudie quelques-unes, d'autres sont évoquées ailleurs dans ce Toolkit.

Ces éléments se transforment en actions pendant le processus de préparation. L'ordre des étapes peut varier en fonction du niveau de préparation existant dans le pays. L'annexe 6A fournit une liste de contrôle pour la préparation et la riposte au choléra précisant les activités pour chaque élément et l'annexe 6E une proposition de cadre logique pour le suivi des activités de préparation et de riposte.

6.2 Politiques, stratégies et recommandations nationales

L'évaluation des risques à l'échelle du pays, menée par les autorités nationales en charge de la gestion des catastrophes, doit tenir compte du risque de choléra, qu'il faut donc intégrer aux plans de préparation et de riposte ainsi qu'aux politiques et aux stratégies sectorielles. La section 5.3 examine les responsabilités des principales parties prenantes.

Les recommandations relatives à la lutte contre le choléra doivent inclure les normes nationales ou internationales obligatoires instituées par l'OMS (par exemple, en matière de surveillance, d'alerte précoce, de prise en charge des patients ou de qualité de l'eau) ou leur adaptation aux contextes nationaux ou infranationaux.

En fonction du contexte national, les activités de préparation doivent aider le gouvernement à élaborer des recommandations intersectorielles (couvrant les secteurs/domaines de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, de la nutrition, de la protection, de l'éducation et de la communication), à les diffuser et à former le personnel à leur utilisation.

L'annexe 6B, présente la synthèse de plusieurs recommandations utiles relatives à la lutte contre le choléra (élaborées par des gouvernements, des groupes de travail sectoriels, des organisations non gouvernementales et des établissements de recherche) et en présente des exemples, un résumé assorti de descriptions ainsi que des liens vers les exemples.

6.3 Plan de préparation et de riposte

Les plans de préparation et de riposte au choléra ont pour objectif :

- de mettre en place un cadre cohérent pour les actions de préparation, auquel tous les acteurs peuvent contribuer ;
- de fournir une vue d'ensemble des partenaires spécifiques à disposition avec leurs principales expériences et compétences en matière de choléra ;

FIGURE 6 Vue d'ensemble des actions de préparation au choléra



- de dispenser des informations et des conseils utiles à la mobilisation des ressources ;
- de proposer un cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage fondé sur les enseignements de la riposte ;
- d'aider, par le biais du processus de planification, à nouer des relations et des partenariats avec toutes les principales parties prenantes.

6.3.1 Évaluation du risque de choléra et informations de base pour la préparation

Dans le cadre du processus de planification de la préparation, il est important d'évaluer le risque et de recueillir et d'analyser des informations de base afin d'identifier les zones et les populations présentant le risque d'épidémie le plus élevé et les lieux d'intervention privilégiés. Cette évaluation examinera également la vulnérabilité de la population et les capacités des communautés et des systèmes, par exemple dans les domaines de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Voir l'**annexe 6C** pour l'évaluation des risques et des capacités. Les informations de base pourront être les suivantes :

- historique des tendances en matière de choléra et d'épidémies ;
- profils saisonniers et risques de crues ;
- identification des zones à risque pour la transmission et des modes de transmission possibles (couverture des interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, zones à forte densité démographique, mouvements de populations, etc.) ;
- identification des populations vulnérables (marginalisées, difficiles à atteindre, couverture des services de santé, tendances à la morbidité et à la mortalité des maladies courantes, couverture de la vaccination) ;
- identification et cartographie des établissements de santé pour la prise en charge des patients et des zones pouvant accueillir des centres de traitement du choléra, des unités de traitement du choléra et des points de réhydratation orale ;
- identification et cartographie des sources d'eau et de contamination (zones de défécation, égouts à ciel ouvert, etc.) ;
- capacité de riposte des secteurs Santé, WASH et des autres secteurs clés (y compris les ressources humaines, l'approvisionnement et les financements).

6.3.2 Contenu des plans de préparation et de riposte au choléra

Les plans de préparation et de riposte au choléra doivent comprendre les sections suivantes. L'**Annexe 6D** détaille le contenu de chacune d'entre elles.

Tableau 6 Proposition de contenu des plans de préparation et de riposte au choléra

Section du plan	Exemple d'informations de base
Énoncé du problème	Informations épidémiologiques de base et niveau de riposte
Informations sur le contexte	Données factuelles sur le pays, informations pertinentes sur la couverture en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, capacités sanitaires, évaluation des besoins, mécanismes de coordination
Objectifs stratégiques et résultats	Identification des principaux domaines prioritaires afin d'élaborer des objectifs
Scénarios d'urgence (dans le cas d'un plan d'urgence)	Description d'événements susceptibles de se produire, des jalons et des répercussions probables
Stratégies et actions de préparation	Dispositifs de coordination et d'information, recensement des partenaires et des établissements de santé, surveillance et alerte précoce, informations sur les comportements et la participation des communautés, capacités d'approvisionnement et de stockage des fournitures
Stratégies et actions de riposte	Compréhension de la situation, prise en charge des patients et fourniture de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, interventions à l'échelle communautaire et communication
Suivi et rapports	Suivi des données et des programmes
Procédures de mise en œuvre, de suivi et de révision du plan	Obtention de la validation du plan et activation, résumé des responsabilités, procédures de communication
Synthèse des estimations de coûts	Coût des matériels, de l'équipement, des ressources humaines

TdM

1

2

3

4

5

6 Préparation au choléra

7

8

9

10

6.3.3 Dix étapes clés de l'élaboration des plans de préparation et de riposte

Étape 1 : organiser un atelier de planification avec l'ensemble des principaux participants à la coordination et à la riposte à l'épidémie. Cette réunion constitue une information relative au choléra. Elle permet aussi de nouer des relations et des partenariats.

Étape 2 : déterminer les zones géographiques et les populations à risque : collecter des informations sur les précédentes épidémies de diarrhée aqueuse aiguë/ choléra et l'historique des tendances, notamment les données épidémiologiques collectées de façon systématique ainsi que les comptes-rendus et les cartes relatifs à des événements antérieurs, y compris des informations systématiques sur la couverture des systèmes d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de santé et d'autres informations contextuelles telles que les données saisonnières, un point sur les conflits, l'emplacement des camps de réfugiés et de personnes déplacées, etc. (voir la **section 2.3.3** consacrée aux risques). Si les informations ne sont pas disponibles, il faut effectuer des recherches documentaires et évaluer les risques sur le terrain afin d'identifier les zones et les populations à risque (voir l'**annexe 6C** relative à l'évaluation du risque et des capacités). Il faut également estimer le nombre de malades potentiels en cas d'épidémie (voir la **section 3.3.5**). L'**annexe 3J** présente un tableau de planification au format Excel.

Étape 3 : s'il existe un plan de préparation et de riposte abordant également la communication, en prendre connaissance et le mettre éventuellement à jour. Dans le cas contraire, il convient d'en élaborer un (**Annexe** en cours de développement).

Étape 4 : prendre connaissance des principales recommandations, politiques et procédures disponibles. Si elles ne sont plus d'actualité, les mettre à jour à l'aide des normes les plus récentes.

Étape 5 : identifier et recenser les partenaires (y compris qui va faire quoi et où), les établissements de santé, les dispositifs de surveillance et d'alerte précoce ainsi que les structures d'eau, d'assainissement et d'hygiène telles que les points d'eau et les systèmes d'assainissement. Analyser les capacités des partenaires et de ces services dans la perspective de la préparation et de la riposte à une épidémie. Voir l'**annexe 6C** pour en savoir plus.

Étape 6 : définir le personnel national à former à diverses disciplines et le planning prévisionnel de formation, ou le personnel à former en fonction des zones les plus touchées. Voir l'**annexe 6F**.

Étape 7 : estimer les quantités de fournitures actuellement disponibles et les besoins d'approvisionnement sur la base d'une analyse des risques tenant compte du système d'approvisionnement et de la logistique de stockage et de distribution existants. L'**annexe 3J** propose un tableau de planification au format Excel.

Étape 8 : estimer les fonds et les sources de financement disponibles pour la prévention, la préparation et la riposte.

Étape 9 : effectuer une simulation, si possible, pour s'entraîner à appliquer les processus de riposte avant une épidémie.

Étape 10 : assurer un suivi régulier du plan de préparation et le modifier si nécessaire. L'**annexe 6E** propose un cadre logique de préparation et de riposte ainsi que des exemples d'objectifs, de résultats attendus, de réalisations, d'indicateurs et d'activités.

Dans les pays vulnérables au choléra, il faut également élaborer des plans de préparation à l'échelle infranationale, par région, district ou zone équivalente, en fonction de la taille et de la structure du pays. Ces plans doivent s'appuyer sur le cadre défini dans les plans nationaux, mais se concentrer sur les besoins et les domaines d'intervention prioritaires spécifiques au contexte concerné. Se reporter à la **section 9.5** consacrée à la préparation des communautés au choléra.

Parce que le choléra ne s'arrête pas aux frontières, il sera peut-être nécessaire d'élaborer des plans de préparation et de riposte à l'échelon régional supérieur, non plus national mais continental, afin de venir en appui aux activités de riposte et aux démarches de coopération entre les pays concernés.

6.4 Ressources humaines

6.4.1 Ressources humaines requises pour la prévention, la préparation et la riposte au choléra

Il faut identifier, former et équiper les ressources humaines qui mèneront les activités de prévention, de préparation et de riposte au choléra, notamment le personnel et les personnes suivants :


- **Personnel de santé :** médecins, infirmiers, spécialistes de la santé publique, épidémiologistes, techniciens de laboratoire, pharmaciens, gestionnaires des stocks/fournitures, administrateurs d'hôpitaux/dispensaires, responsables de la saisie et de l'analyse des données
- **Personnel d'appui des établissements de santé :** responsables de sites, logisticiens, spécialistes des questions d'eau, d'assainissement et d'hygiène, employés chargés du nettoyage/de la blanchisserie, agents de sécurité, cuisiniers
- **Personnel chargé des questions d'eau, d'assainissement et de santé environnementale :** coordonnateurs pour l'eau et l'assainissement/ coordonnateurs pour la santé publique, ingénieurs en eau et assainissement/ ingénieurs en santé publique, agents chargés de la santé environnementale, spécialistes de la qualité de l'eau
- **Agents chargés de la promotion de l'hygiène intervenant dans les communautés :** coordonnateurs pour la promotion de l'hygiène, responsables de la promotion de l'hygiène sur le terrain, responsables de la mobilisation des communautés/agents de santé communautaire

- **Personnel opérationnel/d'appui** : logisticiens, agents chargés des approvisionnements, des aspects financiers et administratifs et des ressources humaines
- **Responsables et professionnels au sein des communautés** : responsables communautaires, responsables religieux, autres dirigeants (notamment d'organisations professionnelles et d'organisations de femmes), enseignants et directeurs d'établissements scolaires, représentants d'organisations communautaires, gardiens de prison
- **Médias** : journalistes, spécialistes de la radio, de la télévision et de la presse/ des médias (en appui à la riposte mise en place par le gouvernement).

L'**annexe 6F** présente la liste du personnel clé nécessaire pour lutter contre le choléra, les principales compétences des différents postes et les thèmes à aborder dans la formation.

Se reporter à la **section 7.5.3** consacrée aux ressources humaines chargées de la mobilisation sociale, à la **section 8.4.4** consacrée aux ressources humaines destinées aux établissements de santé et aux centres de traitement, ainsi qu'à l'**annexe 8G** pour des informations complémentaires et le nombre de personnes requis en fonction du type d'établissement.

Profils de postes et soutien d'appoint

Il est important d'élaborer des profils de poste ou des descriptions de tâches simples pour l'ensemble du personnel, y compris, le cas échéant, les agents de proximité (bénévoles ou rémunérés), afin de définir clairement les attentes à leur égard. Voir les [COTS Program Pocket Cards](#) .

Le personnel de proximité doit également savoir clairement vers qui se tourner pour obtenir de l'aide et des conseils, par exemple si on lui pose des questions difficiles sur le terrain ou s'il a le sentiment que son travail ne progresse pas.

6.4.2 Accélération du déploiement de personnel dans le cadre de la riposte au choléra (« poussée »)

La très grande rapidité avec laquelle les épidémies de choléra peuvent se développer et se propager impose de déployer le personnel le plus vite possible. Le plan de préparation et de riposte doit préciser le personnel clé à affecter à la riposte et doit inclure des modèles de profils de postes ou des cahiers des charges pour les différentes fonctions. L'existence de ces documents accélérera les processus de recrutement.

Pour accélérer le déploiement, on peut également recourir aux mesures suivantes :

- **ordonnance gouvernementale de mouvement temporaire de personnel** : affecter des fonctions au sein de la riposte à du personnel d'appui extérieur à la zone de l'épidémie ;

- **appui des étudiants en médecine et des élèves infirmiers** : pour assister les médecins et les infirmiers diplômés et expérimentés dans la ou les zones touchées par l'épidémie ;
- **accords prévisionnels entre partenaires** : pour faciliter la mise à disposition immédiate de personnel au début d'une épidémie (ce type d'accord peut avoir une portée nationale, régionale ou internationale) ;
- **protocoles d'accord** : accords passés avec des acteurs d'autres secteurs en vue d'une action collaborative commune dans le cadre de la riposte rapide au début d'une situation d'urgence ;
- **recours à des fichiers de personnel d'urgence** : désignation préalable de ressources humaines par des organisations des Nations unies, des ONG et le secteur privé ;
- **appel à du personnel de réserve des partenaires en cas d'urgence internationale** : engagement de ressources supplémentaires par le biais du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) ou autres mécanismes de partenaires d'appoint.

6.4.3 Renforcement des capacités en matière de choléra

Difficultés posées par le renforcement des capacités des acteurs de la riposte pendant les épidémies – Le renforcement des capacités du personnel participant à la riposte au choléra doit être considéré comme une priorité et doit constituer un volet essentiel de la préparation. Il est très difficile à mener une fois l'épidémie déclarée en raison de la longueur et des horaires imprévisibles des journées de travail, de l'épuisement du personnel et de sa quasi incapacité à quitter son poste. Néanmoins, il sera inévitable d'y procéder pendant l'épidémie dans les endroits où le choléra apparaît pour la première fois ou ceux où il n'avait pas sévi depuis un certain temps.

Coordination du renforcement des capacités – Idéalement, l'équipe spéciale nationale de lutte contre le choléra ou l'équipe spéciale en charge de l'épidémie devra coordonner les processus de recensement des capacités et d'évaluation des besoins en capacités ainsi que l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan de renforcement des capacités.

Renforcement des capacités à long terme – À long terme, le gouvernement et les établissements d'enseignement devront intégrer la prévention, la préparation et la riposte au choléra aux programmes habituels de formation professionnelle des secteurs de la médecine, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, de la nutrition, du développement des communautés et de la protection.

Renforcement des capacités de prise en charge du choléra – Le tableau suivant présente les étapes d'élaboration d'un plan de renforcement des capacités, de sa mise en œuvre et de son suivi. La colonne de droite indique des ressources supplémentaires en matière de renforcement des capacités et fournit des exemples de supports de formation existants ainsi que des études de cas. La **section 10.2** présente les diverses options à la disposition de l'UNICEF en matière de mobilisation des ressources humaines.

Tableau 7 : Renforcement des capacités en matière de riposte au choléra




Étapes	Informations complémentaires
Recensement des capacités - Évaluation des capacités sectorielles en matière de prévention, de préparation et de riposte à chaque niveau	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Exemple d'analyse des parties prenantes</i> - Ministère de la santé publique et de l'assainissement, gouvernement de la République du Kenya (2011, PROJET), plan intersectoriel de prévention et de lutte contre le choléra 2011-2012 • <i>Exemple de recensement des capacités</i> - Préparation aux situations d'urgence du groupe sectoriel WASH en Tanzanie
Évaluation des besoins en renforcement des capacités - Identification des besoins en renforcement des capacités, zones géographiques prioritaires du pays et groupes à cibler en priorité	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe 6F – Principales compétences et formations relatives à la lutte contre le choléra
Plan de renforcement des capacités - Ce plan comprend des actions spécifiques, des méthodes, des groupes cibles et un calendrier. Il intègre des cours de prévention, de préparation et de riposte dans le cursus de toutes les formations professionnelles classiques (médecine, eau, assainissement et hygiène, nutrition, développement des communautés, protection).	<ul style="list-style-type: none"> • Annexe 6G – Renforcement des capacités en matière de choléra – Méthodes et exemples • Section 8.4.4 – Ressources humaines dans les établissements de santé et les centres de traitement
Identification des ressources nécessaires au renforcement des capacités - Financement, supports de formation, formateurs, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Section 6.6 – Mobilisation des ressources
Mise en œuvre du plan de renforcement des capacités	
Supervision des stagiaires et suivi des conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Chapitres 8 et 9 – Suivi des programmes et comptes rendus



6.5 Fournitures/stocks

Le prépositionnement des fournitures/stocks dans le cadre de la préparation au choléra peut améliorer l'efficacité de la riposte. Les conseils suivants sont à prendre en compte pour constituer des stocks dans le cadre de la préparation.

Identification des stocks requis dans le cadre de la préparation et leurs spécifications – Préparer la liste des fournitures/stocks requis dans le cadre du plan de préparation et de riposte. L' **annexe 3J** fournit un tableau de planification comportant les principales fournitures.

Kits choléra – Identifier les principaux kits choléra à la disposition des partenaires, par exemple MSF, OMS ou mouvement de la Croix-Rouge/du Croissant-Rouge. Il faut garder à l'esprit que ces consommables ont des dates de péremption et qu'il faudra éventuellement les remplacer au bout d'un certain temps.

- Fournitures médicales – Voir [Kit interagence contre les maladies diarrhéiques de l'OMS](#) , [kits contre le choléra de MSF](#)  et fournitures de laboratoire - Voir [kit bactériologique pour les maladies entériques de l'OMS](#) 
- Fournitures relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène et fournitures logistiques générales destinées à la mise en place des établissements de santé et des centres de traitement du choléra ainsi qu'à la lutte anti-infectieuse dans leurs locaux (**Annexe 3J**)
- Fournitures destinées aux équipes WASH et Santé présentes dans les communautés (Voir **Annexe 3J**)
- Fournitures destinées aux interventions de communication (prépositionnement des supports d'information, d'éducation et de communication et identification préalable des partenaires, notamment ceux travaillant dans les communautés)

Des spécifications relatives aux stocks à constituer dans le cadre de la préparation fournies par le groupe de responsabilité sectorielle WASH et un document d'information relatif aux produits non alimentaires ayant trait au secteur WASH sont disponibles  .

Inventaire des stocks dans le cadre de la préparation – Répertorier les stocks auxquels les acteurs des secteurs Santé et WASH ont accès et identifier les produits/matériels en rupture. Un exemple d'inventaire des stocks à l'étape de la préparation aux situations d'urgence relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène est en préparation.

Propriété, options de stockage stratégique, assurance et logistique – Il convient d'identifier les options de stockage stratégique, de préférence au sein d'entrepôts existants équipés de systèmes de contrôle des stocks bien établis et proposant des conditions de température adéquates. Le transport des fournitures vers l'entrepôt principal et des lieux de stockage stratégique nécessitera l'élaboration de plans logistiques. Chaque site d'approvisionnement devra définir des points de commande sur la base d'estimations du taux



d'utilisation et des délais de réapprovisionnement, puis les ajuster en fonction de la réussite des opérations. L'objectif est d'éviter les ruptures de stocks dans l'ensemble du système.

Remplacement et élimination des consommables périmés – Il faudra vérifier régulièrement les consommables assortis d'une date de péremption tels que les antibiotiques, les produits de perfusion intraveineuse, le chlore et d'autres produits de traitement de l'eau. Une consultation avec le Ministère de la santé ou l'autorité responsable (par exemple, l'Agence de l'environnement) sera à mener afin de déterminer les différentes solutions d'élimination.

Procédures d'approbation et procédures douanières – Certaines fournitures, telles que les produits chimiques de traitement de l'eau et les médicaments, nécessiteront une approbation gouvernementale ou une inscription au registre sanitaire avant leur importation et leur utilisation dans le pays. Le dédouanement des fournitures importées nécessitera également une négociation. Les fournitures médicales pourront éventuellement faire l'objet de contrôles supplémentaires. Des arrangements préalables avec les autorités douanières pourront en accélérer le traitement.

6.6 Mobilisation des ressources

Domaines nécessitant un financement spécifique pour le choléra – La prise en charge du coût des activités suivantes (en sus de celui de la coordination, de la gestion, des ressources humaines et de la logistique) nécessitera de mobiliser des ressources :

- **Prévention** – eau, assainissement et hygiène, promotion de l'allaitement, nutrition infantile, vaccins, interventions de communication et de mobilisation sociale.
- **Préparation** – planification à tous les niveaux, élaboration de procédures opérationnelles standard et de recommandations, achat de stocks préalables,

recensement des capacités et évaluation des besoins en la matière, renforcement des capacités, dispositifs de surveillance et d'alerte rapide.

- **Riposte** – enquêtes et évaluations de l'épidémie, équipement et fournitures (médicaux, eau, assainissement et hygiène, logistique, etc.), communication et activités en faveur de l'évolution des comportements, interventions de mobilisation sociale, renforcement permanent des capacités, suivi et évaluation.

Options de mobilisation des ressources – Elles varieront probablement selon qu'il faut ou non financer les activités de prévention, de préparation ou de réponse énumérées dans le tableau suivant.

Fournitures destinées à la préparation au choléra

CONSEIL

- Collaborer avec les dépôts médicaux du Ministère de la santé qui disposeront déjà, pour les fournitures sanitaires ordinaires, d'un dispositif d'approvisionnement et logistique susceptible de s'avérer également utile dans le cadre de la préparation et de la riposte au choléra.
- S'accorder avec des partenaires tels que les Sociétés nationales de la Croix-Rouge/du Croissant-Rouge ou le Programme alimentaire mondial, qui disposeront peut-être à des endroits stratégiques d'entrepôts pouvant accueillir des fournitures. S'il a été déployé, le groupe de responsabilité sectorielle Logistique pourra également apporter son appui.
- Envisager d'utiliser des kits choléra, qui comprennent des fournitures médicales, logistiques et en rapport avec l'eau, l'assainissement et l'hygiène (tentes, jerrycans, cordes, feuilles en matière plastique, dalles de latrines, etc.), pour mettre en place rapidement des installations sanitaires, sachant qu'ils seront moins utiles s'il convient de décentraliser la riposte, comme dans les régions rurales nécessitant plusieurs installations de taille plus modeste. La répartition des articles médicaux (perfusions intraveineuses, antibiotiques, etc.) pourra se révéler nettement plus aisée que celle des matériels non médicaux (tels que seaux, dalles de latrines, tentes). Voir l'annexe 8E pour en savoir plus.
- Se rappeler que les kits choléra et les kits de traitement de l'eau comprenant des produits chimiques contiendront des consommables assortis d'une date de péremption. Au bout d'un certain temps de conservation des stocks ou de l'équipement, il faudra remplacer les consommables et éliminer les produits périmés.
- Réfléchir à l'éventualité de demander au Ministère de la santé d'intervenir auprès des autorités douanières pour accélérer les procédures de dédouanement lors de l'importation de grandes quantités de fournitures anticholériques urgentes. Il faut effectuer cette demande dès que le choléra a été identifié (que le gouvernement l'ait ou non déclaré en tant que tel, mais à partir du moment où il a reconnu l'existence d'une épidémie de **diarrhée aqueuse aiguë**).

Tableau 8 Sources de financement de la prévention, de la préparation et de la riposte au choléra

Activity	Funding sources
Prévention du choléra	Des banques de développement et des donateurs bilatéraux pourront éventuellement financer des interventions préventives de grande envergure en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (dans le cadre de programmes de développement à long terme et souvent d'une approche sectorielle ¹⁷). Les interventions à plus petite échelle, soutenues par la société civile et le secteur privé, se multiplient.
Préparation au choléra	L'UNICEF encourage les gouvernements, les partenaires du développement (donateurs) et les autres acteurs à intégrer des activités de préparation à leurs programmes de développement à long terme. La collecte de fonds visant spécifiquement ces activités peut s'avérer plus difficile dans les contextes endémiques où les épidémies cholériques sont en général de petite ou moyenne ampleur. Les fonds seront probablement plus accessibles après une épidémie importante. On peut également intégrer les activités de préparation au choléra aux propositions plus générales de préparation aux situations d'urgence venant appuyer les efforts nationaux de gestion des catastrophes.
Riposte au choléra	Les fonds consacrés aux activités de préparation et de riposte pourront provenir : <ul style="list-style-type: none"> • de donateurs bilatéraux et multilatéraux tels que l'USAID, l'UE, l'ECHO, le DFID, le NORAD ; • de fonds d'urgence, du Fonds pour les programmes d'urgence (UNICEF uniquement), d'appels consolidés et de mécanismes de financement communs, du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF), de la Procédure d'appel global (CAP), du Fonds humanitaire commun (CHF), des Fonds d'intervention d'urgence (ERF) et des appels pour les périodes de transition et le relèvement rapide.

La **Section 10.2** fournit des informations complémentaires sur les options de mobilisation des ressources à la disposition de l'UNICEF et de ses partenaires dans la lutte contre le choléra.

¹⁷ Approche sectorielle. www.who.int/trade/glossary/story081/en/

RESSOURCES CLÉS

Ressources humaines

Ministère de la Santé Publique et Population (MSPP) Haiti/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Manuel de formation pour la lutte contre le choléra en Haïti : un cours abrégé pour les fournisseurs de soins de santé](#) (2011)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [Community health worker training materials for cholera prevention and control](#) (2011)

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR, B), [Cholera Outbreak Training and Shigellosis \(COTS\). The Whole Programme.](#)

International Society of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). [Epidemic control for volunteers: a training manual](#) (2008)

OXFAM-GB/Secteur WASH de l'UNICEF ESARO, Formation au choléra

UNICEF, [Guidelines on external staff in emergencies: Standby Arrangements](#) (2006)

World Health Organization (WHO), [Five keys to safer food: train the trainers course](#)

Fournitures

UNICEF, [Outil de calcul](#) UNICEF de la Division des achats de l'UNICEF (Nom d'utilisateur et mot de passe de l'intranet UNICEF requis)

Médecins Sans Frontières (MSF), Contenu du kit cholera (fournitures médicales et non médicales) (2003)

WASH Cluster, [Emergency Materials Liste and Stockpile Kit and Equipment Procurement Specifications](#)

Groupe mondial de responsabilité sectorielle WASH : Conseils relatifs aux articles non alimentaires issus du projet de promotion de l'hygiène

Exemple de recensement des stocks de préparation à une urgence en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène en Tanzanie

Cholera CTC WASH equipment list, Ethiopia



7.1 Présentation du chapitre 7

Ce chapitre aborde les deux principaux types de communication qui jouent un rôle essentiel dans le succès des activités de prévention, de préparation et de riposte aux épidémies de choléra : 1) la communication pour le développement (C4D), axée sur le plaidoyer, l'évolution des comportements et le changement social à l'échelle locale et 2) les relations avec les médias, les actions de plaidoyer et la communication institutionnelle.

Liste des annexes

- Annexe 7A** Stratégies de communication

- Annexe 7B** Plan de communication: modèle et exemple

- Annexe 7C** Plan de travail relatif à la communication élaboré pendant la phase de préparation

- Annexe 7D** Activités et voies de communication dans le cadre de riposte au choléra

- Annexe 7E** Messages, actions et comportements clés relatifs à la prévention, la préparation et la riposte au choléra

- Annexe 7F** Convictions et perceptions des communautés vis-à-vis du choléra

- Annexe 7G** Action auprès des communautés et résolution des problèmes

- Annexe 7H** Modèle de plan de travail pour l'information, l'éducation et la communication

7.2 Introduction à la communication relative au choléra

Réussir à maîtriser une épidémie de choléra nécessite la collaboration de nombreuses parties prenantes et la mise en œuvre de divers types d'interventions. Une communication efficace et stratégique prenant diverses formes (médias et relations extérieures, plaidoyer, promotion de l'hygiène, communication en faveur de l'évolution des comportements, communication en faveur de la mobilisation et du changement social, etc.) est indispensable à la préparation et à la riposte au choléra.

La mise en place d'une communication efficace et stratégique est cruciale à tous les niveaux. En voici quelques exemples :

- Communication en direction du grand public concernant la prévention, la préparation et la riposte, souvent par le biais des médias nationaux, locaux et communautaires susceptibles de jouer un rôle essentiel
- Communication en direction des donateurs et des communautés extérieures afin de mobiliser de l'aide et un soutien financier pour la préparation et la riposte au choléra
- Plaidoyer auprès des responsables de l'élaboration des politiques et des décideurs afin que l'épidémie de choléra suscite l'attention qu'elle mérite et que le sort des populations les plus touchées et les plus marginalisées soit notamment pris en compte
- Communication entre les professionnels de différents secteurs par l'intermédiaire de structures de coordination

- Communication interpersonnelle avec les agents de santé, les patients, les prestataires de services, les familles touchées et les communautés. Ceux-ci doivent également communiquer entre eux
- Communication en direction des ONG et des organisations communautaires et confessionnelles.

Compte tenu de sa nature transversale, la communication fait l'objet d'un chapitre spécifique du présent Toolkit et son rôle est évoqué à de nombreuses reprises dans l'ensemble du document. Le tableau ci-dessous indique les sections et les chapitres directement concernés.

Sujets abordés dans ce chapitre	
Communication – Introduction, coordination, planification et évaluations	Section 7.2
Médias et relations extérieures	Section 7.2.3
Promotion, mobilisation sociale et communication en faveur de l'évolution des comportements et du changement social en rapport avec le choléra	Sections 7.3 et 7.4
Autres sujets relevant de la communication et du transfert d'informations traités dans le présent Toolkit	
Surveillance, enquêtes sur les alertes, données épidémiologiques, suivi et production de rapports	Chapitre 3
Ressources humaines, notamment renforcement des capacités/formation	Section 6.4
Informations à l'intention des patients et de leurs familles et dialogue	Section 8.5
Autres informations techniques sur la fourniture des services : interventions axées sur les communautés	Chapitre 9

Les stratégies de communication efficaces remplissent cinq critères principaux : elles s'appuient sur des travaux de recherche et des preuves, elles sont mesurables, elles font appel à diverses voies de communication, elles mobilisent de nombreux acteurs différents et elles font participer les communautés à plusieurs niveaux.

La communication ne consiste pas seulement à fournir des informations aux communautés touchées. Elle doit aussi faciliter la discussion participative afin de les inciter à agir et de contribuer à l'établissement de relations entre les communautés et les prestataires de services. Enfin, elle doit convaincre les décideurs gouvernementaux de mettre à disposition davantage de ressources et d'améliorer leurs politiques en matière de lutte contre le choléra.

La communication doit être factuelle et orientée sur les résultats. Homogènes, persuasifs et cohérents, ses messages doivent être émis immédiatement et rapidement par les intervenants sur le terrain, conformément au droit à l'information des communautés. Ce faisant :

- elle sensibilise, informe et encourage l'évolution des comportements et le changement social par le biais des médias nationaux, locaux et communautaires, des réseaux/groupes sociaux, des ONG/organisations communautaires et des technologies mobiles/SMS ;
- elle valorise les actions de plaidoyer en faveur de changements positifs à différents niveaux, par exemple, les relations extérieures avec le gouvernement, les médias sociaux pour inciter à la mobilisation de la population, la mobilisation des communautés à travers le dialogue et l'action ;
- elle appuie la mobilisation des ressources et la collecte de fonds, par exemple par le biais des médias internationaux, de sites Internet de portée mondiale, de tribunes dans les journaux, de témoignages et de visites des médias internationaux.

L'annexe 7A présente divers types de stratégies de communication utilisées dans le cadre de la préparation et de la riposte aux épidémies de choléra.

7.3 Procédure d'élaboration d'une stratégie et d'un plan de communication

L'élaboration d'une stratégie et d'un plan de communication intersectoriels et reposant sur des données probantes (médias et communication pour le développement) constitue la première étape cruciale d'une communication efficace. Elle facilite les activités de prévention et de riposte de la manière suivante :

- fourniture d'informations utiles et cohérentes au moment opportun, facilitation de la discussion au sein des familles et des communautés à risque et sensibilisation aux mesures leur permettant de protéger leur santé, notamment l'identification des symptômes et la consultation rapide de professionnels de santé ;
- mobilisation des parties prenantes clés (communautés touchées, ministères, société civile, leaders d'opinion, responsables communautaires, organisations communautaires et confessionnelles et médias) afin d'enrayer l'épidémie ;

- alignement avec les activités de gestion des informations ([section 5.4](#)) et information des familles, des communautés, des médias et d'autres parties prenantes clés sur l'évolution de l'épidémie et les mesures prises pour y faire face ;
- incitation à la mobilisation des membres des communautés, notamment les enfants et les femmes, et possibilité pour les populations touchées de faire remonter les informations de façon transparente et d'émettre des suggestions concernant l'efficacité des interventions anticholériques, afin que leur voix soit entendue.

La stratégie et le plan de communication doivent tenir compte des programmes en cours et planifiés et définir des objectifs (y compris comportementaux), décrire les approches et les ressources matérielles, financières et humaines requises, identifier les activités spécifiques à mettre en œuvre ainsi que les groupes participants (couramment dénommés public cible), définir les messages clés à élaborer avec et pour les groupes participants ainsi que le calendrier et les voies de transmission et enfin, décrire les principales activités de suivi.

La planification de la communication doit impérativement différencier les groupes participants pour mieux cibler les interventions. Si l'objectif est d'informer les communautés touchées et de les aider à renforcer leur résilience, on pourra faire appel aux médias nationaux et locaux, aux médias communautaires, aux ONG/organisations communautaires, aux agents communautaires ou autres. En revanche, si l'objectif est de s'adresser à des donateurs potentiels, il est important de travailler avec les médias internationaux. Les approches de communication ne seront pas nécessairement les mêmes dans les environnements urbains et ruraux, de même que l'on pourra adopter des modes de communication différents avec les détenteurs d'obligations (prestataires de services) et les détenteurs de droits (enfants, familles et communautés).

7.3.1 Étapes de l'élaboration d'un plan de communication

La planification de la communication est un processus continu qui nécessite un réajustement régulier, en fonction de l'évaluation et des retours permanents émanant des communautés et des principaux groupes participants, notamment ceux membres de populations à haut risque.

Le tableau suivant¹⁸ décrit les étapes de l'élaboration d'une stratégie et d'un plan de communication intersectoriels. Les Ressources clés indiquées à la fin de ce chapitre apportent des informations complémentaires sur les modalités de leur exécution.¹⁹

18 Organisation Mondiale de la Santé (OMS). [Adapté du, Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies.](#) Genève, Suisse. (2008)

19 S'il est important que les équipes Relations avec les médias et Communication pour le développement collaborent et se complètent, elles remplissent des tâches différentes souvent menées à bien par des personnels/équipes/sections différents. En outre, les Comités nationaux, via le programme FPP ou PFP (Fonds et partenariats privés), jouent un rôle important en matière de collecte de fonds et de promotion.

Tableau 10 : Étapes de l'élaboration d'une stratégie de communication intersectorielle à l'appui de plans de préparation²⁰ et de riposte

Avant l'épidémie	Principaux acteurs/ partenaires
<p>Étape 0 – Coordination : réunir les partenaires intersectoriels clés (sous forme de sous-groupe de l'équipe spéciale nationale de lutte contre le choléra) afin de coordonner l'évaluation, les besoins en communication, la planification et les actions à mener, de répartir les rôles et les responsabilités entre les différents partenaires et d'identifier les ressources et le financement potentiels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spécialistes des questions de santé, d'eau, d'assainissement et d'hygiène, d'éducation et de communication (communication pour le développement et communication/relations extérieures) • Ministères • ONU, ONG, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
<p>Étape 1 – Évaluation formative et identification de voies de communication fiables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecter et analyser les éventuels travaux de recherche formative comportementale et socioculturelle existants sur le choléra et/ou les pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement • Se servir de méthodes de recherche rapides et participatives pour déceler les lacunes en matière de connaissances, d'attitudes, de pratiques et de normes sociales des différents groupes de la communauté • Convenir de messages clés à la fois simples, directs et efficaces • Analyser les parties prenantes afin d'identifier les groupes participants primaires, secondaires et tertiaires, ainsi que les facteurs de blocage ou de facilitation de l'adoption des comportements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Spécialistes de la communication du Ministère de la santé, du Ministère de l'éducation et du service de Communication et d'information du public • ONU, ONG • Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge • Organisations de communication, instituts de recherche • Établissements universitaires

20 L'annexe 7C propose une liste de contrôle relative à la communication pendant la phase de préparation

Avant l'épidémie

Étapes 2 et 3 – Élaboration du plan avec les composantes suivantes :

- **Description de la communication** : objectifs de la communication, groupes participants, messages clés, voies de communication et activités.
- **Plan de mise en œuvre** : actions requises, responsables et calendrier.
- **Plan de suivi** : suivi des indicateurs (de processus et de résultats), des activités, des responsabilités et du calendrier. Il est crucial de suivre les activités de près et d'évaluer les retombées des interventions de communication. Il faudra donc mettre en place un plan de suivi et d'évaluation solide dès le début des activités.

*Assurez-vous que les langages culturels et spécifiques (locaux) ont été pris en compte et que la teneur des messages et la communication soient affinées et convenablement ciblées.

Étape 4 : Réflexion, actualisation et action par rapport au plan de communication intersectoriel élaboré dans le cadre de la préparation. Vérifier que le plan demeure valable et le modifier si nécessaire.

Lancer le plan de communication.

- Réunir les parties prenantes et réviser la stratégie et le plan de communication à l'issue de l'évaluation rapide.
- Se servir des médias adéquats ou des voies d'information locales pour expliquer aux familles et aux communautés comment se protéger contre le choléra et la marche à suivre en cas de maladie.
- Tenir régulièrement des réunions de coordination afin de recueillir les observations des partenaires, de vérifier que le plan se déroule correctement et de décider de mesures supplémentaires.
- Effectuer des visites de suivi sur le terrain afin d'évaluer les progrès et d'identifier des actions correctives

Principaux acteurs/ partenaires

- Équipe spéciale chargée de la communication
- ONU, ONG, Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Réseaux de proximité, par exemple, agents de santé communautaire ou volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Autorités nationales

- Équipe spéciale chargée de la communication

Avant l'épidémie

Étape 5 : Diffusion d'informations sur l'épidémie de manière transparente et le plus rapidement possible ainsi que sur la riposte du gouvernement et les mesures que peuvent prendre les communautés touchées ou non. Cette communication pourra prendre la forme d'émissions hebdomadaires à la radio (y compris les stations communautaires) et/ou à la télévision, d'articles de presse ou d'échanges interpersonnels, tels que des dialogues au sein des communautés, des troupes de théâtre, des responsables locaux, etc. Il faut désigner un porte-parole auprès des médias.

Voir Coordination et communication lorsque le choléra n'est pas déclaré, [section 5.2.5](#).

Étape 6 – Écoute :

- Élaborer un système de collecte permanente d'informations pendant l'épidémie, par exemple par le biais de réunions de groupes, de boîtes à idées ou à doléances, de débats participatifs à la radio, de centres d'appels ou d'entretiens individuels, etc., afin d'entendre les préoccupations de la population et de comprendre les obstacles à l'évolution des pratiques.
- Faire remonter les problèmes à l'échelon supérieur et s'assurer que des mesures ont été prises.
- Obtenir des informations sanitaires actualisées auprès du dispositif de surveillance et d'autres sources afin d'identifier le plus rapidement possible les populations non atteintes.
- Élaborer et gérer un mécanisme de réaction immédiate aux rumeurs et aux informations erronées.

Principaux acteurs/ partenaires

- Équipe spéciale chargée de la coordination
- Porte-parole auprès des médias

- Communauté concernée, responsables locaux
- ONU, ONG, Partenaires des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Agents de proximité
- Médias


Après l'épidémie

Principaux acteurs/ partenaires

Étape 7 : les activités de communication doivent se poursuivre pendant quelque temps après la fin de l'épidémie, surtout dans les pays/zones prédisposés au choléra. Dans ces endroits et à des fins de prévention, les programmes de développement ordinaires devront systématiquement inclure des messages sur le choléra. Ces activités pourront consister à :

- présenter aux communautés touchées et à tous les partenaires les résultats des activités de communication relatives à la riposte et les mesures de préparation aux épidémies futures et à écouter leurs observations à ces sujets ;
- organiser des réunions avec toutes les parties prenantes afin d'étudier les données relatives à la communication, d'en tirer les enseignements, de déterminer les insuffisances et les zones prioritaires et de convenir des étapes suivantes ;
- produire et partager des interventions clés, des études de cas, des bonnes pratiques, des enseignements et des témoignages avec les organisations, les décideurs et les donateurs locaux, régionaux et internationaux ;
- rendre compte aux donateurs.

- Équipe spéciale chargée de la communication

Voir le **World Health Organization (WHO) 7 Steps to effective media communication during public health emergencies**  (2005). On trouvera sur le site Internet suivant des guides relatifs à la communication médiatique réalisés pour divers pays : INFOSAID.

7.3.2 Identification des voies de communication

L'évaluation de la communication permettra d'identifier les voies les mieux adaptées à la situation et au contexte. Pendant une épidémie de choléra, il est conseillé de recourir **à la fois à des méthodes interpersonnelles ET aux médias communautaires et de masse** pour communiquer. L'**annexe 7D** décrit les différents types d'activités et de voies de communication utilisés pendant la riposte au choléra.

7.3.3 Collaboration avec les médias/communication de crise

Il est conseillé de nouer des contacts avec les médias nationaux et locaux, les services en charge des médias au sein du Ministère de l'information et de la communication et les stations de radio, même en absence de crise. Cela permet de déceler les opportunités de collaboration et de mettre en place une approche cohérente à un stade précoce. Les stations de radio communautaires, si elles existent, jouent souvent un rôle important d'information et de dialogue avec les communautés locales.

Le dialogue et le partage d'informations avec les communautés et les familles touchées est essentiel aux efforts de lutte contre le choléra. La nouvelle d'une épidémie cholérique peut susciter une vive émotion au sein de la société et raviver des tensions sous-jacentes. Les acteurs de la lutte contre le choléra doivent impérativement analyser la situation de manière lucide et rationnelle afin de prendre les bonnes décisions et communiquer fréquemment et efficacement avec tous ceux qui sont écoutés par le grand public. Il est également important d'informer et de former les médias partenaires, notamment le personnel des radios communautaires et d'autres sources d'information (telles que les responsables communautaires locaux) aux questions clés en rapport avec le choléra et à la manière dont les médias et les sources d'information locales peuvent soutenir les activités de préparation et de riposte du pays. Les professionnels des médias peuvent devenir des alliés importants, notamment pendant les épidémies.

La première étape d'une communication constructive avec un public extérieur consiste à désigner un porte-parole compétent capable d'expliquer la situation au nom des autorités de lutte contre le choléra. Il est souhaitable de lui déléguer le pouvoir d'organiser des conférences de presse et de publier des informations à intervalle régulier. Assurer la confidentialité de certaines données se justifiera peut-être parfois, mais les situations qui l'exigent sont rares. En général, il faut communiquer au public les informations disponibles en veillant à ce que des personnes non averties puissent les comprendre. Il faut envisager de préparer des supports contenant des informations essentielles et à jour, à distribuer lors des conférences de presse. Tous les journalistes doivent repartir en possession des mêmes informations, notamment concernant les chiffres, les statistiques et la riposte.

Exploiter au maximum les médias

De nombreux pays imposent une *obligation de service public aux stations de radio et aux chaînes de télévision*, qui permet au gouvernement de diffuser gratuitement des messages d'information à l'intention de la population, souvent concernant des élections ou des dispositions scolaires.

Au Pakistan, ces moyens de communication ont été utilisés à des fins de promotion dans le cadre de l'Année internationale de l'assainissement et de la Journée mondiale du lavage des mains. En Tanzanie, le gouvernement dispose d'une tranche hebdomadaire régulière sur une station de radio, où il fournit des informations sur les épidémies de maladies.

La diffusion d'informations essentielles sur les méthodes de prévention du choléra et les centres de traitement, ainsi que sur le statut de l'épidémie et les activités prévues, doit relever du service public.

Les diffuseurs cherchent souvent des idées d'émissions de radio et de télévision. La collaboration pourra alors prendre la forme d'une volonté de financement de programmes plus créatifs et interactifs, par exemple des émissions lors desquelles les auditeurs appellent pour poser des questions sur le choléra ou des programmes radio-phoniques humoristiques ou théâtraux pour transmettre des messages importants.

Des méthodes de radiodiffusion innovantes permettant au public de faire remonter les informations, telles que les tribunes téléphoniques, les centres d'appels, les débats ou l'envoi interactif de SMS, pourront rendre les médias de masse et communautaires plus interactifs. Si l'on fait appel à des médias traditionnels tels que le théâtre de rue, des films interactifs ou de la musique, il est également souhaitable que les communautés puissent émettre des commentaires et poser des questions pendant ou après le spectacle.

Dans les pays dotés de réseaux radiophoniques communautaires, les stations de radio pourront faciliter le dialogue et donner la parole aux personnes qui n'ont jamais l'occasion de s'exprimer en leur donnant accès à l'information. La radio communautaire ne se contente pas de diffuser du contenu. Elle encourage la mobilisation et la participation de la communauté à son propre développement. Ces stations peuvent devenir des alliés de taille en matière de prévention et de riposte au choléra.

Les médias sociaux et les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) offrent également des opportunités intéressantes de communication. Grâce aux TIC, les gens peuvent discuter, débattre, partager et apprendre ensemble, toutes frontières abolies. Ces technologies permettent la formation de vastes mouvements sociaux nationaux ou internationaux en ligne, qui connectent les réalités concrètes vécues par les groupes et les individus et leur donnent l'occasion de se mettre en relation et de collaborer. Tout comme les voies de communication communautaires, elles constituent pour les individus et les communautés un moyen d'exiger de nouveaux services, une éducation de meilleure qualité et la généralisation des résultats du développement. Elles peuvent s'avérer utiles à la communication pendant les phases de préparation et de riposte au choléra ainsi que pendant la période de relèvement postérieure à l'épidémie.

Communication par l'intermédiaire des médias

Inclure la communication médiatique dans votre plan d'action

- Ne pas hésiter à prévenir, atténuer ou contrer avec assurance les fausses rumeurs. Les rumeurs abondent pendant les épidémies de choléra. Le fait de cultiver une relation constructive préalable avec les médias permet d'éviter très efficacement ces conséquences potentiellement destructrices.
- Fournir fréquemment des informations exactes. Le principe directeur doit être que « le public a le droit de savoir ». Les autorités ne sont pas propriétaires des données et leur mission est de les interpréter et de les partager. Il est important de faire preuve d'empathie à l'égard des victimes, de leurs familles et des communautés le plus tôt possible.
- Faire preuve de compétence et d'expertise en formulant les informations sous une forme adaptée au public : un jargon trop technique risque de rendre le sujet opaque et d'alimenter les soupçons et donc d'aller à l'encontre de l'objectif de diffusion des informations.
- Discuter avec des représentants des médias de l'équilibre à trouver entre la diffusion d'actualités et la fourniture d'un service à la population touchée. Les médias de masse et communautaires peuvent s'avérer très utiles pour délivrer au public des messages en rapport avec la santé, l'eau, l'hygiène et l'assainissement.
- Voir : **Le protocole d'accord international passé entre l'UNICEF et la World Association of Community Radio Broadcasters dans le but de faciliter les partenariats locaux** .

CONSEIL

TdM

1

2

3

4

5

6

7 Communication dans le cadre de la préparation et de la riposte au choléra

8

9

10

7.4 Élaboration des messages : supports visuels, documents d'information, d'éducation et de communication et autres supports de communication

Il est important de comprendre qu'**en général, les messages à sens unique ne suffisent pas à faire évoluer les comportements ou à inciter à agir**. Tous les acteurs de la prévention et de la riposte au choléra doivent fournir des informations cohérentes aux groupes participants afin d'éviter la confusion et les malentendus. Si les différentes agences ne sont pas obligées de communiquer de la même manière ou d'utiliser le même message, elles doivent viser la même action ou le même résultat. Prenons l'exemple du message clé : « *se laver les mains au savon et à l'eau aux moments critiques* ». Certaines agences pourront choisir de mettre en avant le lavage des mains avant le repas et après la défécation tandis que d'autres préféreront adopter l'angle suivant : « *votre voisin se lave les mains au savon et à l'eau – et vous ?* ».

Voir l'**annexe 7E**: messages, actions et comportements clés en matière de prévention, de préparation et de riposte au choléra, ainsi que le document : [a toolkit](#). (Communication relative à l'évolution des comportements dans les situations d'urgence : guide pratique) à l'adresse suivante : www.unicef.org/ceecis/BCC_full_pdf.pdf. Les agents de santé de première ligne, y compris les autres prestataires de service et les agents de proximité travaillant dans les établissements de santé communautaire, ont besoin de consignes claires concernant les messages et les comportements sanitaires clés.

Des exemples de matériels visuels de communication sont disponibles sur la clé USB des ressources additionnelles et sur [la page intranet de l'UNICEF C4D](#) pour la réponse au cholera et dans [la bibliothèque de matériels de promotion de la santé du CDC](#).

Communication en faveur de l'évolution des comportements et du changement social

- Le dialogue et la discussion peuvent s'avérer très efficaces pour identifier des actions pratiques et motiver des groupes ou des individus, mais il faut conjuguer médias et méthodes interactives.
- La diffusion d'affiches et de prospectus ne constituent qu'une des approches possibles d'information des familles et des communautés et elle a ses limites, surtout si les taux d'illettrisme sont élevés. Les troupes de théâtre interactives, les séances vidéo, les initiatives de dialogue au sein des communautés et les médias seront probablement mieux à même de promouvoir l'évolution des comportements et le changement social.
- La réalisation d'un test préalable des supports visuels et des autres supports d'information, d'éducation et de communication est cruciale pour assurer l'acceptabilité, la compréhension et l'efficacité des messages. Les plans de prévention du choléra doivent s'efforcer de passer en revue les matériels existants et, si possible, de les adapter à la riposte.

CONSEIL

- Il convient d'explorer de nouveaux moyens de communication avec les communautés en faisant appel aux moyens traditionnels (groupes folkloriques, pièces de théâtre, réunions de groupe et débats dans les écoles) et aux nouveaux médias (SMS sur téléphones portables, médias sociaux, etc.).
- Il faut indiquer clairement les supports visuels à utiliser pour atteindre des groupes spécifiques. Ainsi, les agents de santé pourront avoir besoin d'un rappel visuel concernant le lavage des mains après un contact avec les patients et pour se rappeler des signes et des degrés de déshydratation, mais les mères auront besoin d'informations spécifiques sur la manière de préparer et d'administrer les sels de réhydratation orale (SRO) à leurs jeunes enfants.
- Des tee-shirts et des casquettes arborant des slogans seront utiles pour repérer les agents de proximité et les volontaires communautaires formés. Ces tenues n'auront probablement pas de conséquence importante sur leur mission de motivation des communautés et de promotion de l'évolution des comportements, mais pourront renforcer leur influence et la confiance des personnes à qui ils s'adressent.
- Formuler des messages précis et pratiques, mais pas simplifiés à l'excès : par exemple, « **Buvez de l'eau propre** » n'est pas aussi clair que « **Faites bouillir l'eau pour la rendre potable** ». Dans cet exemple, s'il n'est pas possible de faire bouillir l'eau, fournissez des instructions sur d'autres méthodes telles que les liquides chlorés, les pastilles de chlore, le chlore en poudre ou les filtres à eau ainsi que la liste des endroits où l'on peut se les procurer.
- Donner la priorité aux comportements les mieux à même de prévenir et de traiter le choléra (en général, préparer l'eau potable et la stocker de manière sûre ; évacuer les selles en toute sécurité ; se laver les mains au savon aux moments critiques ; bien faire chauffer les aliments ; se faire soigner le plus tôt possible ; utiliser des sels de réhydratation orale).
- Dans la mesure du possible, il faut veiller à compléter la communication par la remise de fournitures telles que des pastilles de chlore et/ou du savon si les personnes n'ont pas les moyens d'en acheter ou par une discussion sur la manière de produire localement certaines fournitures. La distribution doit s'accompagner d'informations et d'une formation à l'emploi des produits et des matériels fournis ainsi que d'un suivi et d'un appui à leur utilisation systématique.
- il faut veiller à ce que les ressources, les fournitures et les dispositifs soient disponibles à l'échelle communautaire. **Limiter la promotion à ce qui est faisable/accessible ou acceptable par les communautés.**
 - Identifier les obstacles qui empêchent les personnes d'effectuer l'action désirée et trouver le moyen de les surmonter.
 - Déceler les malentendus et modifier la stratégie de communication afin de les limiter.

CONSEIL
suite

TdM

1

2

3

4

5

6

7 Communication dans le cadre de la préparation et de la riposte au choléra

7

8

9

10



7.5 Mobilisation en faveur d'une action communautaire

7.5.1 Participation des communautés

Les communautés constituent des ressources vitales dont il ne faut pas ignorer l'énergie, les connaissances et les idées sur la manière de faire face au choléra.

Idéalement, il faut aider les groupes communautaires à définir les actions qu'ils peuvent mener pour contribuer à prévenir le choléra, s'y préparer ou l'atténuer. Tenter d'imposer des actions prédéfinies est souvent voué à l'échec (voir [chapitre 9](#) pour des informations complémentaires à ce sujet).

“ Au départ, les communautés ne participaient pas à la riposte au choléra. Cette situation a évolué par la suite avec la création de comités communautaires de gestion du choléra. ”

Source: CEPHI (2009) Zimbabwe Cholera Evaluation

La liste de contrôle ci-dessous présente des activités essentielles de mobilisation des communautés. La [Section 9.1](#) énumère les principales stratégies de riposte au choléra dans les communautés ainsi que les actions que celles-ci peuvent mener.

<input type="checkbox"/>	Il existe un module de formation à la communication interpersonnelle à l'intention des agents communautaires et des volontaires, qui leur enseigne à convaincre leurs interlocuteurs de recourir au traitement et au stockage de l'eau potable, ainsi que d'adopter des pratiques sûres en matière de santé, d'assainissement et d'hygiène dans le cadre de la prévention du choléra. Il présente les messages clés à dispenser en cas d'épidémie, ainsi que des instructions concernant la préparation et l'utilisation des sels de réhydratation orale, la recherche de soins, la manipulation des vomissures et des selles des malades, etc.
<input type="checkbox"/>	Des agents communautaires ont été formés ou des dispositions ont été prises pour former les agents communautaires et les volontaires à la prévention et à la riposte au choléra avant la saison du choléra ou le plus tôt possible après le début d'une épidémie.
<input type="checkbox"/>	Des accords portant sur des activités communautaires de communication sur la prévention et la riposte au choléra sont signés/ en projet avec des ONG, des organisations communautaires ou d'autres partenaires. Ces activités sont notamment : le porte à porte, des discussions de groupes, l'identification de déviants positifs, le dialogue au sein de la communauté et les activités participatives visant à promouvoir des pratiques sûres, la mobilisation des réseaux existants ou toute autre intervention pertinente.
<input type="checkbox"/>	Des accords sont signés avec des responsables religieux/traditionnels et leurs associations afin de promouvoir des pratiques sûres en matière de santé, d'hygiène et d'assainissement permettant de prévenir le choléra dans leurs communautés.

7.5.2 Publics/groupes participants clés en matière d'action communautaire

Tous les membres d'une communauté doivent savoir comment prévenir les épidémies de choléra, s'y préparer et y riposter. Il faut que le plus grand nombre de familles possible agisse pour que la riposte soit efficace. Cependant, afin de toucher un nombre important de foyers en très peu de temps, il faudra peut-être concentrer les efforts sur certains groupes ou institutions clés tels que :

- les responsables communautaires ;
- les responsables religieux, les volontaires appartenant à la communauté et les agents de vulgarisation ;

- les écoles - pour des informations complémentaires, voir l'**annexe 9E** (Mesures de riposte au choléra dans les institutions ou les lieux publics) et le Guide de l'UNICEF sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène à l'intention des établissements scolaires dans les situations d'urgence destiné aux enseignants ;
- les groupes existants (syndicats et coopératives, groupes de femmes, groupes de jeunes, par exemple).

On peut former rapidement les personnes-ressources clés de ces groupes, ou mieux, les identifier et les former pendant la phase de préparation, puis les laisser repartir dans leurs associations ou leurs congrégations. Il est également possible d'organiser des réunions au sein des communautés pour communiquer avec un large public.

Si les ressources le permettent, des visites à domicile effectuées par des volontaires ou des agents de vulgarisation peuvent également contribuer à transmettre des informations importantes, à mobiliser les ménages et à inciter les communautés à agir.

7.5.3 Ressources humaines nécessaires à la mobilisation des communautés

Les agents de vulgarisation de diverses disciplines (santé ou agriculture, agents de développement communautaires ou travailleurs sociaux), possédant peut-être une expérience pertinente de la mobilisation des communautés, pourront avoir besoin d'une rapide formation aux messages et aux concepts clés de la riposte au choléra. Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ainsi que des ONG locales et nationales ayant éventuellement travaillé au plus près des communautés, pourront être en mesure de lancer les efforts de mobilisation visant à atténuer le choléra. On pourra également intervenir par l'intermédiaire des structures administratives existantes (voir l'encadré de l'**annexe 7G**). Cependant, il sera important de coordonner et d'appuyer ces efforts de mobilisation. Pour optimiser les avantages potentiels de l'action communautaire, il conviendra d'attribuer des responsabilités au personnel clé et de tenir régulièrement des réunions sous-sectorielles.

En l'absence de réseau de proximité, il pourra s'avérer utile d'identifier et de former des volontaires au sein de la communauté, mais le gouvernement et les communautés devront planifier, soutenir et s'approprier ces activités.

Du personnel expérimenté devra sans doute se consacrer au mentorat et à la supervision sur le terrain des personnes inexpérimentées chargées de promouvoir l'hygiène. La promotion de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène n'étant pas une profession définie, les agents qui en sont chargés viennent généralement d'horizons divers et risquent de manquer d'expérience dans les domaines de l'eau et de la santé environnementale ou de la riposte au choléra.

La pénurie de personnel expérimenté en matière de promotion de l'hygiène est une réalité mondiale et les activités de planification de la préparation au choléra doivent s'efforcer de trouver des solutions à ce problème dans chaque contexte national, y compris par la mise en place d'une formation adéquate.

La supervision et le soutien des agents de proximité sont aussi importants et doivent pouvoir être assurés par les structures de supervision existantes ou bien il pourrait être nécessaire de recruter et de former un nouveau personnel.

On trouvera des informations complémentaires sur les actions communautaires dans **le chapitre 9** et sur le renforcement des capacités à la **section 6.4**.

7.5.4 Planification de la préparation des communautés

La mobilisation des communautés a pour objectif de renforcer les capacités de leurs membres à identifier leurs propres problèmes et besoins en développement, à évaluer les options à leur disposition et à agir, et notamment à évaluer les conséquences de leurs actions et à analyser les capacités qui leur font défaut. Divers moyens de communication communautaires (notamment des réunions en plein air, des dialogues à l'échelle locale avec les prestataires de services, des cartographies sociales et des plans d'action, des programmes de divertissement communautaires, des radios communautaires, et d'autres médias locaux et groupes religieux) permettent aux populations de participer utilement et servent à générer une demande pour des services de qualité.

Lors de l'élaboration des plans d'action communautaire, la prise en compte de l'appui à apporter aux communautés vivant dans les régions particulièrement vulnérables au choléra constitue une priorité essentielle de la préparation. De solides compétences en médiation sont nécessaires pour sensibiliser aux risques possibles de choléra et expliquer l'utilité des plans d'action. Un comité communautaire existant axé sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène ou la santé peut élaborer un plan, ou bien il faudra envisager la création d'un comité de coordination communautaire sur le choléra chargé d'élaborer et de superviser la mise en œuvre du plan.

Les plans d'action communautaire peuvent préciser :

- les méthodes à appliquer afin d'améliorer les pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène personnelle/alimentaire des divers groupes de la communauté, par exemple grâce à des postes de lavage des mains ;
- la marche à suivre pour s'assurer que tous les membres de la communauté connaissent les mesures de prévention du choléra à prendre et ce qu'il faut faire si un parent ou un voisin tombe malade ;


- le type d'aide à apporter aux membres de la communauté ayant besoin de se rendre dans un centre de santé, surtout si leur mobilité est réduite ou si leurs moyens financiers sont limités ;
- l'endroit le mieux adapté à l'installation d'un poste d'administration de sels de réhydratation orale et l'identification d'une personne responsable en cas d'épidémie ;
- les précautions à prendre lors des grands rassemblements tels que les enterrements et les mariages ;
- les améliorations à apporter sur les marchés ou dans les établissements publics (écoles, par exemple) ;
- la méthode de suivi et de signalement des cas cliniques et des tendances ;
- les personnes susceptibles d'aider et le type de communication nécessaire en cas d'épidémie (par exemple, en direction des autorités, du personnel de santé, etc.).

Les sections suivantes fournissent des conseils supplémentaires en matière d'appui apporté aux communautés pour se préparer au choléra :


- **Section 4.2** – Prévention du choléra (comprend des actions pratiques susceptibles de prévenir le choléra)
- **Annexe 7D** – Activités et voies de communication dans le cadre de la riposte au choléra
- **Annexe 7E** – Messages, actions et comportements clés
- **Annexe 7G** – Action auprès des communautés et résolution des problèmes
- **Section 5.3** – Participation des parties prenantes clés et responsabilités sectorielles (comprend la liste des parties prenantes pouvant participer aux efforts de riposte au choléra à l'échelle communautaire)
- **Chapitre 9** et les annexes associés – Prestation de services : interventions dans les communautés (dont actions communautaires au sein des foyers, des établissements institutionnels ou dans les lieux publics)

Des exemples d'actions de préparation des communautés (dont la plupart ont été prises après le début d'une épidémie cholérique dans des zones voisines) sont indiqués dans la section Ressources clés ci-après pour différents pays.


RESSOURCES CLÉS


WaterAid Australia, International WaterCentre, IRC International Water and Sanitation Centre, [Promoting good hygiene practices: Key elements and practical lessons](#). (2011) 

Organisation Mondiale de la Santé OMS, [Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies](#) Genève (2008) 

UNICEF, [Writing a communication strategy for development programmes: A guideline for Programme Managers and Communications Officers](#). Bangladesh, (2008) 

UNICEF, [Outils et conseils spécifiques, UNICEF C4D, site intranet](#) 

AED-FHI360, [Bringing the community together to plan for disease outbreaks and other emergencies](#) 

Examples of interagency training (Training of trainers) and awareness raising strategy plans run in Ethiopia for community leaders and key field extension workers, Ethiopia (2007). 

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [Health promotion materials website](#)

Example formative research question guide for investigating sanitation & hygiene. Extract from UNHCR hygiene promotion briefing pack. 

8

Prise en charge des patients et contrôle de l'infection dans les établissements de santé et centres de traitement



8.1 Présentation du chapitre 8

Ce chapitre aborde la question des services liés à la prise en charge des patients dans les établissements de santé et les mesures à prendre pour contenir l'infection (WASH). L'**annexe 8A** reprend les stratégies existantes de lutte contre le choléra dans les établissements de santé et les centres de traitement. Le **chapitre 9** aborde quant à lui la prise en charge des patients dans les communautés et les stratégies à assise communautaire.

Liste des annexes

- Annexe 8A** Stratégie de lutte contre le choléra dans les établissements de santé et centres de traitement
- Annexe 8B** Résumé des recommandations thérapeutiques : antibiotiques et suppléance hydrique
- Annexe 8C** Préparation des sels de réhydratation orale (SRO)
- Annexe 8D** Alimentation des nourrisson et du jeune enfant et le choléra
- Annexe 8E** Mise en place de sites de traitement du choléra et de mesures de contrôle de l'infection (WASH)
- Annexe 8F** Mise en place de points de réhydratation orale (ORP)
- Annexe 8G** Ressources humaines pour les établissements de santé et centres de traitement assurant la prise en charge du choléra
- Annexe 8H** Formulaire d'évaluation des services et centres de traitement du choléra (CTC-STC)
- Annexe 8I** Information des patients et des aidants familiaux
- Annexe 8J** Intégrer la protection contre l'infection dans la lutte contre le choléra
- Annexe 8K** Modèle de formulaire des rapports de surveillance hebdomadaires
- Annexe 8L** Gestion des patients ayant une diarrhée aqueuse aiguë

L'encadré ci-dessous récapitule les mesures de lutte contre le choléra appliquées dans les établissements de santé ou les centres de traitement. Les paragraphes qui suivent abordent chacune de ces mesures de manière plus détaillée.

Prise en charge d'un patient cholérique

La prise en charge d'un patient atteint de choléra comprend cinq étapes :

- Déterminer si le patient présente des signes de déshydratation et évaluer le degré de déshydratation (aucun, modéré ou sévère).
- Réhydrater rapidement le patient (dans les trois heures) conformément aux recommandations thérapeutiques, surveiller le patient et vérifier régulièrement son état.
- Surveiller les pertes hydriques à l'aide d'un « lit de cholérique » et traiter ces pertes par l'administration de sels de réhydratation orale (il sera parfois nécessaire d'utiliser la voie intraveineuse) jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Traiter tous les patients présentant une déshydratation et des pertes hydriques importantes avec un antibiotique approprié (après analyse en laboratoire d'un échantillon représentatif de cas).
- Nourrir le patient normalement le plus tôt possible.

CONSEIL

8.2 Évaluation clinique

Le choléra s'apparente à d'autres maladies diarrhéiques aqueuses aiguës en ce sens que les signes cliniques sont ceux de la déshydratation. Pour autant, le choléra ne ressemble à aucune autre forme de diarrhée. L'excrétion de liquides et d'électrolytes par les intestins peut être si fulgurante et rapide qu'un adulte en bonne santé peut décéder en quelques heures s'il ne reçoit pas un traitement approprié. En fait, plus de la moitié des personnes souffrant de déshydratation sévère qui ne sont pas traitées meurent, le plus souvent dans les 12-18 heures qui suivent l'apparition des symptômes, rarement en moins de 6 heures. La période d'incubation va de 18 heures à 5 jours.

Bien que les patients atteints d'un choléra grave (appelé « cholera gravis ») aient une maladie potentiellement mortelle, pour chaque patient dans ce cas, on compte un nombre bien plus élevé de patients qui sont infectés mais qui ne souffrent que d'une maladie sans gravité ou qui ne présentent aucun symptôme. On estime que la majeure partie des patients infectés par le *V. cholerae* restent asymptomatiques et que d'autres ne développent qu'une déshydratation légère ou modérée relativement facile à soigner (voir [section 2.2](#)). Le chiffre couramment invoqué quant à la proportion de la population souffrant de déshydratation sévère se situe autour de 2 à 5 % de l'ensemble des personnes infectées (soit 20 % des patients symptomatiques présentant des symptômes sévères et 80 % ne souffrant que de symptômes légers à modérés), même si de récents rapports montrent une proportion plus élevée de cas sévères survenant pendant les épidémies de choléra, probablement due à une variante de la souche *V. cholerae* O1 El Tor qui produit la toxine classique *V. cholerae* O1 O1. Les cas graves (qui présentent une déshydratation sévère) peuvent également être dus à l'ingestion d'une dose infectieuse plus importante de la bactérie du choléra, à un traitement tardif ou à des facteurs endogènes comme la malnutrition, la grossesse, ou le VIH/SIDA (voir [sections 8.3.9](#) et [8.3.10](#)).

8.2.1 Définition de cas de choléra

Quelle que soit la cause, tous les individus suspectés d'avoir contracté le choléra doivent être traités de la même manière, à l'exception de ceux souffrant de malnutrition sévère (voir [sections 8.3.9](#)) et les patientes qui doivent être traitées pendant leur grossesse ont besoin de considérations particulières. Le diagnostic du choléra peut être réalisé sans nécessairement avoir recours aux analyses en laboratoire pour tous les patients, sauf pour documenter l'existence d'une épidémie épidémique et pour recueillir quelques échantillons en vue de déterminer la sensibilité antibiotique. Tous les patients qui répondent à la définition de cas standard doivent être considérés comme atteints de choléra.

Cette définition met l'accent sur les enfants âgés de 5 ans et plus et sur les adultes parce que chez les enfants plus jeunes, des causes nombreuses et variées de diarrhée aqueuse aiguë peuvent entraîner une déshydratation sévère. En revanche, les cas de diarrhées accompagnées de déshydratation sévère chez les adultes sont

Définition de cas de choléra

CAS SUSPECTÉ :

En dehors d'une épidémie :

- Dans une région où la maladie n'est pas habituellement présente (région non endémique), une personne âgée de 5 ans ou plus développe une déshydratation sévère ou décède à la suite d'une diarrhée aqueuse aiguë ; ou
- Dans une région endémique, une personne développe une diarrhée aqueuse aiguë avec ou sans vomissements.

Pendant une épidémie :

- une personne âgée de 5 ans (parfois 2 ans) ou plus, qui développe une DAA avec ou sans vomissements (OMS 2012), OU un individu évacuant 3 selles liquides ou plus avec ou sans vomissements sur une période de 24 heures (MSF 2004).

CAS CONFIRMÉ :

Un cas présumé dans lequel *Vibrio cholerae* O1 ou O139 a été isolé sur une culture de selles

rare et le choléra est une des rares sources responsables de cet état. **Toutefois, les enfants de moins de 5 ans sont également touchés par le choléra, d'où l'importance d'enregistrer les cas sur la liste descriptive de cas et de traiter immédiatement tous les enfants âgés de moins de 5 ans atteints de diarrhée aqueuse aiguë, quelle que soit la définition de cas.**

8.2.2 Signes et symptômes du choléra

Les premiers symptômes du choléra sont généralement des diarrhées aqueuses indolores, fréquemment suivies de vomissements sévères. La fièvre n'est pas caractéristique de la maladie et sa présence devrait être le signe d'autres causes ou complications. Les patients atteints de déshydratation sévère éprouvent souvent de sévères crampes musculaires tant qu'ils n'ont pas été réhydratés.

Le volume de selles excrétées pendant un épisode cholérique sévère est bien supérieur à celui des diarrhées dont les causes sont plus courantes. Il peut atteindre jusqu'à 250 ml/kg (plus de 10 litres) de masse

Fig 7 : Évaluation de l'élasticité de la peau



Signes et symptômes de la déshydratation

Les signes et symptômes correspondant aux différents degrés de déshydratation sont :


- Pertes correspondant à moins de 5 % du poids corporel normal, il n'y a généralement pas de signes objectifs de déshydratation mais le patient peut avoir très soif et être modérément déshydraté
- Pertes correspondant à 5 % à 9 % du poids corporel normal, le patient est « un peu déshydraté » et présente des signes de déshydratation, une mauvaise élasticité de la peau, un pouls rapide et/ou faible, une faiblesse générale, une bouche et des yeux secs.
- Pertes supérieures à 9 % du poids corporel normal, le patient souffre de « déshydratation sévère » et présentera de nombreux signes de déshydratation sévère, notamment une très mauvaise élasticité de la peau, un pouls faible ou absent, une oligurie ou une anurie, des yeux enfoncés, une respiration accentuée ou haletante, une peau des doigts parcheminée (« doigts de la lavandière »), et un état mental altéré (hébétude ou coma). Les patients atteints de déshydratation sévère éprouvent souvent de sévères crampes musculaires tant qu'ils n'ont pas été réhydratés.


Observation : le diagnostic de déshydratation chez un enfant souffrant de malnutrition sévère est très difficile, puisque l'élasticité de la peau d'un enfant atteint de malnutrition est également mauvaise. Le traitement des enfants atteints de malnutrition doit leur être adapté (voir section 1.3.9).

WHO definitions of dehydration

Assessment	Fluid deficit as % of body weight	Fluid deficit in ml/kg body weight
No signs of dehydration	<5%	<50 ml/kg
Some dehydration	5-9%	50-90 ml/kg
Severe dehydration	>10%	>100 ml/kg

corporelle sur une période de 24 heures. Même si les selles sont souvent décrites comme ressemblant à de « l'eau de riz », un liquide jaunâtre avec des particules de mucus ou un liquide brun clair avec des particules de matière solide, ce n'est pas toujours le cas. Compte tenu de l'importante perte hydrique et électrolytique, la déshydratation peut se développer très rapidement.

Si le degré de déshydratation est inférieur à 5%, il peut ne pas y avoir de signe objectif de déshydratation mais au-dessus de ce niveau, l'élasticité de la peau diminue. Ce symptôme est un indicateur utile et fiable de déshydratation, surtout pour les enfants (cependant l'utilisation de l'algorithme OMS des 5 symptômes/signes est plus fiable **World Health Organization (WHO)**, [The treatment of diarrhoea: A manual for physicians and other senior health workers](#).  Geneva, (2005). Pour déterminer si la peau a perdu de son élasticité, il suffit de pincer la peau au niveau de l'abdomen du patient. En règle générale, si la peau revient en place immédiatement, il n'y a pas

de déshydratation. Si elle met moins de trois secondes pour revenir en place, il peut y avoir une déshydratation légère ou modérée. Si la peau met plus de trois secondes à revenir en place et si le patient présente d'autres signes (léthargie, yeux enfoncés, pouls faible ou difficulté à boire), il y a une déshydratation sévère.²¹ ([COTS Chapitre 2.6](#)) 

8.3 Traitement

La réhydratation est la principale priorité dans le traitement du choléra. Elle s'effectue en deux phases : 1) l'apport de liquides pour remplacer le volume déjà perdu, et 2) le maintien de l'hydratation pour remplacer les pertes de fluides en cours. En outre, une antibiothérapie est souvent recommandée pour les patients déshydratés. Le soluté de Ringer lactate (SRL) est préféré à une solution de chlorure de sodium isotonique parce que le soluté comprend une base (lactate) pour corriger l'acidose métabolique ainsi que les pertes de potassium pendant le choléra. Le débit de la perfusion intraveineuse recommandé chez les patients sévèrement déshydratés est de 100ml/kg en 3 heures, 30ml/kg pendant les 30 premières minutes et 70 ml/kg pendant les 2 ½ heures suivantes. La durée de la réhydratation est doublée chez les patients de moins d'un an ou en cas de malnutrition. Les pertes continues, qui peuvent être surveillées au mieux en utilisant un lit de cholérique, doivent être également remplacées, préférablement avec des SRO. Pour plus d'informations sur la réhydratation par voie intraveineuse, voir la **section 8.3.1**.

L'objectif de la phase de maintien est de préserver le statut d'hydratation normal en remplaçant les pertes continues. Pour cette phase du traitement, l'administration par voie orale est privilégiée avec des volumes correspondant aux pertes. L'état d'hydratation du patient doit être surveillé parce que certains patients ayant des pertes excessives ne peuvent suivre le rythme avec des SRO seulement. S'ils deviennent à nouveau déshydratés, il leur faudra des intraveineuses avec les mêmes méthodes que celles données à l'origine. Ensuite, ils peuvent continuer avec les SRO. Pour les protocoles de traitement par perfusion intraveineuse, voir l'**annexe 8B**. Pour un algorithme concernant la prise en charge des cas de diarrhée aqueuse aiguë, voir l'**annexe 8L** (ICDDR,B 2013).

Avec un traitement complet et approprié, la réhydratation devrait être rétablie sous quatre heures. Les étapes du traitement d'un patient suspecté d'être atteint de choléra sont :

1. l'évaluation du degré de déshydratation ;
2. l'évaluation de toute autre comorbidité, la malnutrition par exemple, qui pourrait affecter le taux de remplacement des liquides ;

²¹ Pour en faire l'expérience, pincez l'arrière de votre avant-bras : la peau doit revenir en place immédiatement. Pincez la peau sur le dessus de votre main, elle reprend lentement sa place. Pincez à présent la peau située sur l'articulation, elle reprend très lentement sa place (> 2 secondes).

3. l'installation du patient sur un lit de cholérique pour surveiller plus facilement la quantité des selles ;
4. la réhydratation du patient accompagnée d'une surveillance fréquente et de la vérification régulière du niveau d'hydratation ;
5. le maintien de l'hydratation, (en général avec des SRO) en suppléant les pertes hydriques continues jusqu'à ce que les diarrhées cessent ;
6. l'administration d'un antibiotique oral au patient souffrant de déshydratation ;
7. l'alimentation du patient dès qu'il peut manger.

Ce paragraphe met l'accent sur la prise en charge des patients dans les établissements de santé. Toutefois, la détection et la prise en charge précoces des patients à l'échelle de la communauté permettent de démarrer rapidement le traitement par réhydratation et de sauver des vies. La **section 9.1** propose de plus amples informations sur la prise en charge des patients cholériques à l'échelle communautaire.

8.3.1 Réhydratation par voie intraveineuse

Dans les cas de *severe dehydration*, l'administration de liquides par voie intraveineuse est recommandée. Il est important d'utiliser un soluté qui pallie à la fois les pertes d'eau et d'électrolytes (les principaux électrolytes qui doivent être remplacés sont entre autres, le sodium, le potassium, et une base - comme par exemple le bicarbonate, lactate ou citrate). Le soluté de Ringer lactate, parfois appelé solution de Hartmann, est privilégié. À défaut, une solution saline classique (0,9 %) peut être utilisée, mais une supplémentation en électrolytes devra être apportée le plus rapidement possible (dès que le patient pourra boire) par l'administration simultanée de sels de réhydratation orale. Le débit initial de la perfusion devra être assez rapide. L'utilisation d'une solution de dextrose ne convient PAS, car elle ne contient pas les sels minéraux nécessaires. L'**annexe 8B** contient des références complémentaires sur la réhydratation.

Quel que soit l'endroit où est traité le patient souffrant de déshydratation sévère due au choléra, de préférence un CTC ou STC, il doit être installé sur un « lit de cholérique » et il faut également une cuvette pour recueillir les vomissements. Un lit de cholérique est un lit muni d'un trou en son centre permettant de recueillir les selles dans un seau. Outre le fait que le patient conserve une certaine dignité, ce lit permet au personnel non professionnel d'évaluer la quantité des pertes de liquides. Un seau

Fig 8 : Cholera Cots



transparent est l'idéal car il permet au personnel soignant de voir rapidement si le seau se remplit vite et donc de se concentrer sur les patients dont le volume de pertes est très rapide. Le volume des pertes doit être mesuré à intervalles de quelques heures afin d'adapter le débit de perfusion du soluté de réhydratation en conséquence. L'intérêt n'est pas de compenser les pertes hydriques au millilitre près, mais la quantité des selles est un excellent indicateur de la perte hydrique à pallier et du rythme à suivre pour l'administrer. On pourra consulter une petite vidéo sur les lits de cholérique à l'adresse suivante : www.youtube.com/watch?v=bjhrh-6ljh0.

8.3.2 Réhydratation orale

Dans les cas de déshydratation (pas sévère), la réhydratation est généralement possible par voie orale avec des sels de réhydratation orale. Si un patient souffrant de déshydratation modérée n'arrive pas à boire, ou bien vomit excessivement, on peut réhydrater le patient par voie intraveineuse. On peut également administrer des sels de réhydratation orale par sonde nasogastrique, si une perfusion ne peut être réalisée, si le patient ne peut pas boire et si le personnel médical est dûment formé en la matière.

Voir l'**annexe 8B** pour connaître les quantités de SRO recommandées par l'OMS pour le traitement d'une déshydratation modérée et la fréquence d'administration.


Comment encourager les adultes et les enfants à prendre les SRO

L'expérience nous a montré que le personnel soignant doit se montrer convaincant pour que les adultes et les enfants ingèrent des quantités suffisantes de SRO pour compenser leur déshydratation.

Il ne suffit pas de placer les patients dans une grande pièce munie d'une réserve de SRO en leur donnant pour consigne de « boire régulièrement ». Chaque patient devrait avoir avec lui un aidant ou un membre de sa famille qui fournira les SRO et les soins personnels et sera formé en même temps aux SRO. Le personnel soignant n'a pas le temps de faire cela tout seul. Une méthode éprouvée consiste à faire absorber aux patients une cuillère à café de SRO chaque minute, ou 300 ml par heure pour les enfants. Les adultes recevront pour consigne de boire autant qu'ils peuvent le tolérer, jusqu'à ce que leur niveau d'hydratation soit rétabli. Si l'état des patients ne s'améliore pas au bout de plusieurs heures, la quantité de SRO ingérée devra être augmentée jusqu'au seuil de tolérance du patient. En présence de signes de déshydratation sévère ou de vomissements réfractaires à tout traitement, une réhydratation par intraveineuse devra être entreprise. Certains patients qui avaient eu une perfusion, puis étaient passés aux SRO, risquent de ne pas maintenir l'hydratation avec ces SRO à cause de sévères vomissements. En ce cas, il faudra réinstaller une intraveineuse pour réhydrater à nouveau le patient.

CONSEIL

Dans les cas de *diarrhée aqueuse aiguë sans signes de déshydratation* l'hospitalisation n'est pas indispensable. Si le poste/point de réhydratation orale dispose de suffisamment d'espace, les patients pourront apprendre comment préparer leurs SRO et les utiliser à la maison. Ils recevront également des informations importantes sur la prévention et la gestion du choléra.

L'annexe 8C contient des informations sur la préparation des SRO ainsi qu'une [affiche du CDC expliquant comment préparer et utiliser les SRO](#) . Les patients qui sont renvoyés chez eux avec un traitement à prendre doivent recevoir des recommandations sur la prévention de la déshydratation chez les nouveaux cas, ou les cas suspectés de choléra dans leur village/région ou leur famille et ils seront invités à revenir :

- si le nombre de selles augmente ;
- s'ils mangent ou boivent peu ;
- s'ils commencent à vomir ;
- si d'autres signes de dégradation de leur état de santé apparaissent ;
- s'il y a du sang dans leurs selles/ s'ils ont une fièvre d'origine autre que le choléra.

Voir l'annexe 8I pour consulter les informations destinées aux patients et aux aidants familiaux au centre de traitement et à leur sortie. Si le soluté de Ringer lactate est de loin la formulation privilégiée pour la réhydratation par intraveineuse, la formulation préconisée par l'OMS pour les sels de réhydratation orale (à faible osmolarité) est recommandée.

Pour la plupart des patients, l'utilisation de ce mélange d'eau et d'électrolytes suivant le dosage recommandé permet de rétablir et de maintenir un niveau d'hydratation normal. Elle prévient également le risque que le patient développe un important déséquilibre électrolytique, tel qu'une acidose métabolique ou une hypokaliémie (manque de potassium). On notera la présence de glucose, non pas pour sa valeur énergétique qui est minime, mais parce qu'il permet de tirer parti de ce que l'on appelle le « système du cotransport sodium-glucose »

Composition des sels de réhydratation orale (SRO) disponibles dans le commerce

La composition d'un SRO, pour une préparation sur la base d'un litre d'eau salubre (mmol/litre)

- Sodium – 75
- Chlorure – 65
- Potassium – 20
- Citrate – 10
- Glucose – 75


Pour de plus amples informations sur les spécifications et l'utilisation des SRO, voir le [Rehydration Project](#).

dans l'intestin. En d'autres termes, la présence de glucose facilite l'absorption active de sodium et d'eau par les cellules de la lumière intestinale et dans la circulation sanguine. Ce mécanisme est préservé dans toutes les diarrhées aqueuses aiguës, y compris le choléra.

8.3.3 Autres solutions de réhydratation

Si elles sont disponibles, les préparations de réhydratation orale à base de riz sont recommandées dans le cas du choléra. Certains hôpitaux préparent une solution maison de ce type en faisant cuire de la farine de riz et, une fois refroidie, en y ajoutant les sels dans les proportions recommandées. Cela n'est pas pratique pour la plupart des petits établissements et centres, mais une version en sachet de SRO à base de riz est disponible (Ceralyte®) et elle est préparée comme les SRO avec glucose. L'utilisation des SRO à base de riz diminue de 30 pour cent le taux de vomissement dans les cas de choléra et elle est donc préférée lorsqu'elle est disponible.

Il est fréquent dans de nombreux endroits, notamment dans les régions très rurales des pays les plus pauvres, que les SRO ne soient pas disponibles en quantités suffisantes pour satisfaire la demande lors d'une épidémie de choléra. En guise de substitut, à défaut de SRO, des solutés de réhydratation « maison » peuvent être préparés à l'aide de sucre et de sel de table dissous dans l'eau et utilisés comme mesure provisoire en dernier recours. Une recette consiste par exemple à diluer l'équivalent de 6 cuillères à café de sucre et ½ cuillère à café de sel dans 1 litre d'eau potable. Pour de plus amples informations sur les solutions de réhydratation orale « maison », voir le site du [Rehydration Project](#). Ces solutions devraient être dispensées en amenant le patient à un centre de traitement à même de le soigner correctement. Du thé et des boissons sucrées et/ou gazeuses ne sont pas une solution de réhydratation et peuvent même aggraver les vomissements.

Pour obtenir des références supplémentaires, voir la position de [l'OMS sur l'utilisation des SRO](#)  pour réduire la mortalité liée au choléra. Les principaux arguments à avancer en ce qui concerne les solutions sucre-sel artisanales, sont, notamment, les suivants :

- La réhydratation doit commencer immédiatement et les SRO (en sachet) sont la formule la plus efficace pour traiter une déshydratation liée au choléra ou toute autre étiologie.
- Il est recommandé que les sachets de SRO soient disponibles pour une utilisation immédiate à l'échelle de la communauté.
- Si les SRO en sachet ne sont pas disponibles, les solutions artisanales de sucre et de sel peuvent être utilisées dans l'immédiat et de manière temporaire jusqu'à ce que le patient soit transféré vers un point de réhydratation orale ou un établissement de santé pour un traitement plus adapté.

- Les SRO en sachet et les solutions de réhydratation artisanales diffèrent sur les points suivants :
 - Le sucre est un disaccharide et doit être digéré dans l'intestin avant que le glucose soit disponible pour le transport. Les SRO à base de sucre sont donc légèrement moins efficaces que les SRO à base de glucose.
 - Les solutions artisanales à base de sucre et de sel ne contiennent pas les ingrédients fondamentaux des SRO, comme le potassium et une base (citrate ou bicarbonate par exemple).

8.3.4 Maintien de l'hydratation

Une fois que le niveau d'hydratation du patient a été rétabli, le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'arrêt total des diarrhées. La quantité de SRO nécessaire pour maintenir l'hydratation varie considérablement d'un patient à un autre, mais dans tous les cas la quantité des pertes hydriques et électrolytiques diminue régulièrement au fil des heures (le temps que les cellules de l'intestin qui ont été « empoisonnées » par la toxine cholérique soient remplacées par de nouvelles cellules saines). Dans la mesure du possible, les patients qui présentaient une déshydratation sévère doivent être maintenus en observation jusqu'à ce que la diarrhée ait complètement disparu (généralement moins de 2 jours si l'on a utilisé un antibiotique approprié et plus rarement jusqu'à 5 jours) afin de prévenir toute rechute. Lorsque le patient peut être maintenu sous SRO, il est inutile de continuer à utiliser un lit de cholérique. Si le patient a accès à des SRO et s'il est capable de boire et de comprendre la quantité qu'il doit boire, il est possible de l'autoriser à un congé précoce une fois qu'il est réhydraté si l'on manque de lits et/ou de personnel.

L'importance de la rapidité du traitement dispensé par du personnel compétent

Il est vital de signaler rapidement les cas suspectés de choléra à un établissement de santé dispensant des services de qualité. Malheureusement, lors des épidémies de choléra, les taux de létalité sont supérieurs dans les régions les plus éloignées et une proportion considérable de décès survient avant même que les patients n'aient pu atteindre les établissements de santé désignés. Lorsque le patient réussit à être admis en vie dans un établissement de santé convenablement équipé et doté de personnel soignant compétent, le taux de mortalité devrait être négligeable. Un objectif raisonnable pour les CTC/STC serait un taux de décès de moins de 1%. Tout décès après admission indique soit un échec du traitement dans le CTC ou la présence d'une complication due à une comorbidité, comme une malnutrition sévère, une pneumonie ou le VIH. Mais on ne saurait tolérer qu'un individu meure du choléra s'il arrive vivant dans un CTC et qu'il ne souffre pas d'autre chose. La possibilité d'atteindre cet objectif dépend entièrement des compétences et de l'expérience du personnel de l'établissement.

8.3.5 Importance du traitement dispensé par du personnel soignant compétent

La réhydratation par voie intraveineuse et par voie orale pour le choléra nécessite des connaissances que les professionnels de santé n'apprennent pas systématiquement pendant leur formation initiale. Des différences importantes ont été constatées en termes d'issue pour les patients, selon que le personnel médical était expérimenté ou non. Dans le cas d'une épidémie cholérique importante, il est raisonnable de désigner une équipe de réhydratation spécialisée pour former le personnel des établissements publics et des ONG nationales et internationales afin de garantir que le personnel de santé responsable des patients cholériques soit également rompu aux techniques de la prise en charge des patients. Dans au moins un cas, les autorités n'ont pas permis au personnel des ONG de dispenser un traitement aux patients cholériques tant qu'ils n'avaient pas suivi une formation spécialisée auprès d'un établissement central. Les principaux éléments de cette formation comprennent a) l'évaluation de l'état de déshydratation, b) le calcul des volumes de fluides nécessaires par intraveineuse et c) la formation pour apprendre à mettre en place des perfusions intraveineuses avec des tubes de gros calibre dans des patients qui sont sévèrement déshydratés. L'utilisation de petites aiguilles et l'inexpérience du personnel pour installer ce type d'intraveineuse chez ces patients ont souvent constitué d'importants obstacles. Les aiguilles d'infusion intraveineuse devraient être de calibre 19 ou plus pour les adultes. Pour les nourrissons, il conviendra d'utiliser des aiguilles à ailettes de calibre 21 (veine du cuir chevelu). Les infusions interosseuses ou l'infusion sous-cutanée ne permet pas une hydratation suffisamment rapide chez les patients atteints du choléra.

8.3.6 Utilisation du zinc

Le zinc s'est avéré très efficace pour diminuer de manière significative le volume des selles, réduire la durée de la maladie et diminuer le nombre d'épisodes suivants et la mortalité. Le zinc doit être inclus dans le protocole de prise en charge et distribué avec les SRO y compris dans les points de réhydratation orale ou par les agents de santé communautaire (conformément au protocole national). Tous les enfants âgés de moins de 15 ans devront recevoir 10 à 20 mg de zinc par jour en complément des SRO pendant le traitement anticholérique. Cette procédure d'usage devra être poursuivie pendant 10 à 14 jours à la maison une fois le patient guéri²².

Comme pour les antibiotiques, il est primordial de bien communiquer sur le fait que ce complément est un élément essentiel de la prise en charge du choléra, mais qu'en aucun cas il ne se substitue à la réhydratation.

22 Roy et al, *Zinc supplementation in children with cholera in Bangladesh: randomised controlled trial*, BMJ 2008; 336: 266-268.

8.3.7 Utilisation des antibiotiques

L'utilisation des antibiotiques réduit à la fois le volume des selles et la durée de la maladie chez les patients présentant une déshydratation modérée et sévère²³.

La rapidité de la réhydratation prime sur l'administration d'antibiotiques

Les antibiotiques ne sont pas nécessaires à la survie des patients cholériques. Le « remède » au choléra reste la réhydratation rapide du patient et le maintien d'un niveau d'hydratation adéquat pendant la durée de la maladie. Mais les antibiotiques raccourcissent la maladie (ce qui permet de libérer les patients plus rapidement) et permettent de diminuer les doses de réhydratation nécessaires : donc, plus de patients peuvent être traités de manière efficace avec moins de fournitures et moins de personnel dûment formé lorsque l'on utilise des antibiotiques.

Bien que les antibiotiques ne soient pas nécessaires à la survie d'un patient atteint de choléra, leur utilisation lors des épidémies est d'une importance critique pour diminuer la durée de la maladie, réduire le volume des selles et les quantités de fluides de réhydratation nécessaires et réduire le temps nécessaire avant que le patient puisse sortir. Si l'on n'utilise pas d'antibiotiques, les patients devront être soignés plus longtemps dans l'établissement, ce qui pèsera davantage sur le personnel et les ressources. Au cours des épidémies importantes, les patients doivent être guéris rapidement pour faire de la place et permettre de guérir plus de patients.

Outre une meilleure prise en charge de chaque patient, les antibiotiques servent aussi à réduire la quantité de bactéries cholériques transportées dans les selles du patient, limitant ainsi la transmission, notamment après la sortie du patient de l'établissement de santé ; en l'absence d'antibiotiques, le patient ramène chez lui ses bactéries infectieuses, et ses proches risquent de se faire infecter.

On notera que si la déshydratation sévère s'accompagne de vomissements fréquents, l'antibiothérapie doit être repoussée jusqu'à la réhydratation complète du patient et l'arrêt des vomissements. Pour les patients souffrant d'une déshydratation modérée, les antibiotiques peuvent être administrés avec un traitement de réhydratation par voie orale.

Quelques antibiotiques sont efficaces à dose unique, à condition que les bactéries de l'infection y soient sensibles. Cependant, on s'est aperçu que les bactéries *V. cholerae* résistent souvent depuis quelques années à de nombreux antibiotiques ; le choix d'un bon antibiotique revêt donc une importance capitale (par exemple, presque toutes les souches résistent maintenant au cotrimoxazole). Il n'est pas nécessaire de prélever des échantillons de matières fécales sur chaque patient pour établir le diagnostic ou orienter le traitement.

23 Nelson et al. Antibiotics for both moderate and severe cholera. NEJM 2011; 364(1):5-7.

Il suffira d'établir le profil de sensibilité aux antibiotiques du vibron en circulation au début d'une épidémie de choléra et, de manière tout aussi importante, de le vérifier régulièrement par la suite. En règle générale, si les souches sont sensibles à la tétracycline, le meilleur antibiotique (actuel) est la doxycycline. Si elles résistent à la tétracycline, le meilleur antibiotique (actuel) est l'azithromycine. On peut également utiliser la ciprofloxacine, mais parce qu'elle est moins efficace ces dernières années, il faudra trois jours de traitement au lieu d'une simple dose.

Dans tous les cas d'épidémie de choléra, les questions de coût, de disponibilité, d'accès fiable aux patients et de leur niveau d'observance escompté devront être prises en compte dans le développement d'une politique d'utilisation des antibiotiques. Pour des informations sur les antibiotiques efficaces à utiliser dans le traitement du choléra, voir l'**annexe 8B** : Résumé des recommandations thérapeutiques

8.3.8 Antibiotiques prophylactiques

La question du traitement antibiotique prophylactique (ou préventif) des personnes en contact direct avec les patients cholériques a longuement été débattue. Bien que les antibiotiques prophylactiques soient « efficaces » dans des contextes soigneusement contrôlés, ils ne sont pas recommandés parce que les programmes qui tentent d'adopter cette approche finissent inévitablement par une utilisation excessive et inappropriée et par le développement d'une résistance à ces antibiotiques.

Toutefois, dans les situations particulières où les antibiotiques peuvent être administrés rapidement à des personnes potentiellement exposées au choléra, mais chez qui la maladie ne s'est pas déclenchée et quand ces patients peuvent faire l'objet d'une observation directe, la prophylaxie peut empêcher la maladie de se déclarer. Ce serait le cas par exemple lors d'une épidémie de choléra parmi des détenus.

RESSOURCES CLÉS

Médecins Sans Frontières (MSF), [Cholera Guidelines](#), 2nd ed., (2004) 

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR, B), [Cholera Outbreak Training and Shigellosis \(COTS\) The Whole Programme](#) 

Ministère de la Santé Publique et Population (MSPP) Haïti/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [Manuel de formation pour la lutte contre le choléra en Haïti : un cours abrégé pour les fournisseurs de soins de santé](#) (2011) 

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [FCombattre le choléra : Présentation clinique et gestion de la flambée de choléra en Haïti - 2010](#) (2010). Affiche. 

8.3.9 Nutrition

Toute personne peut contracter le choléra, même les personnes qui sont bien alimentées. Cependant, parce que le risque de choléra est lié à la pauvreté, le choléra touche souvent des régions où le niveau de malnutrition chez les enfants est très élevé, ce qui pose un problème particulier pour la prise en charge des patients. Toutefois, même dans les régions où la prévalence de la malnutrition n'est pas problématique, les enfants sont toujours considérés comme une population à risque compte tenu du cycle infection/malnutrition. Les éléments suivants doivent être pris en compte en ce qui concerne la nutrition infantile et la préparation, la prévention et la riposte en cas d'épidémie de choléra.

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel doit être encouragé et maintenu aussi souvent que possible et quel que soit le lieu. Les enfants qui sont exclusivement

nourris au sein contractent rarement le choléra. Si l'allaitement est interrompu temporairement, comme c'est souvent le cas lors d'une épidémie si la mère est infectée, il devra être repris le plus tôt possible. Il faut garder à l'esprit que si une mère possède suffisamment d'énergie pour allaiter son enfant sans nuire à son état de santé, elle doit être encouragée à le faire. Voir l'**annexe 8D** qui traite des recommandations sur l'allaitement maternel et l'alimentation des nourrissons pendant les épidémies de choléra.

Enfants souffrant de malnutrition

La malnutrition aiguë sévère peut sérieusement compromettre le diagnostic et la prise en charge du choléra. De la même manière, le choléra peut compromettre le diagnostic et la prise en charge de la malnutrition sévère aiguë. Pour obtenir les protocoles d'évaluation et de traitement pour la prise en charge du choléra chez les enfants dénutris, voir le [manuel de formation du CDC, pages 17-20, et l'algorithme de l'annexe 8D](#) (Évaluation et traitement d'enfants gravement dénutris âgés de 6 à 59 mois souffrant de diarrhée aqueuse aiguë). L'évaluation des enfants souffrant de malnutrition modérée peut être difficile parce que les signes de déshydratation, comme une mauvaise élasticité de la peau, des yeux enfoncés, une léthargie et autres, peuvent également être des signes de malnutrition et il faut une certaine expérience pour évaluer l'état d'hydratation de ces enfants.

Points clés :

1. Prendre en charge le choléra en premier ;
2. Évaluer le patient, en se servant de l'algorithme complet de l'OMS pour la déshydratation. Les signes cliniques ne sont pas fiables dans les cas de malnutrition sévère, en particulier l'élasticité de la peau, comme on l'a vu ci-dessus ;
3. Ralentir le débit des intraveineuses (c-à-d 1 heure pour les premiers 30ml/kg et 5 heures pour les 70ml/kg suivants) ;
4. Ne pas utiliser le Resomal pour le choléra ;

5. Certaines complications sont probables (par exemple hypoglycémie, excès de fluides) ;
6. Transférer le patient dans une unité de malnutrition dès que possible une fois réhydraté et le prendre en charge en suivant le protocole de malnutrition.

Chez les enfants souffrant de malnutrition aiguë, des précautions supplémentaires s'imposent dans le traitement du choléra. *Si l'enfant est transporté dans un établissement de santé pour malnutrition aiguë sévère et si l'on suspecte qu'il est par ailleurs atteint de choléra, l'enfant devra être transféré dans une unité de traitement du choléra (CTC/STC) ou isolé immédiatement des autres enfants dénutris.* Le traitement doit avoir lieu dans un CTC ou STC et non pas dans une unité spécialisée dans le traitement de la malnutrition aiguë sévère, en raison du risque de contamination et de transmission potentielle de l'infection aux autres enfants gravement dénutris nécessitant un traitement spécialisé. Si un nombre important d'enfants dénutris sont affectés par le choléra, il conviendra de mettre en place des unités particulières et de les doter en personnel de santé expérimenté.

Les enfants souffrant de malnutrition aiguë et de déshydratation sévère qui sont amenés dans un centre de soins sont souvent en état de choc. Généralement peu réactifs, leurs pouls est très faible, voire absent. Il arrive aussi qu'ils vomissent. **Ces enfants doivent impérativement être réhydratés immédiatement. Les nourrissons peuvent, quant à eux, être nourris au sein. Le traitement du choléra est urgent et l'emporte sur tous les autres besoins du patient.** L'état de santé des enfants cholériques est sérieusement compromis, c'est pourquoi ils doivent être traités en priorité sur les autres patients. Voir le [manuel de formation du CDC](#) pour connaître les doses thérapeutiques des liquides de perfusion par intraveineuse et des SRO pour les enfants dénutris.

Les enfants gravement dénutris doivent faire l'objet d'une surveillance régulière et fréquente (toutes les 10 minutes environ) en raison du risque d'hyperhydratation qui peut entraîner une insuffisance cardiaque et le décès. On notera que le débit de réhydratation doit être plus lent que pour les adultes afin d'éloigner ce type de risque et d'éviter les risques supplémentaires d'hypoglycémie et de surcharge sodée suite à l'administration du soluté de Ringer lactate à des enfants déshydratés souffrant de malnutrition aiguë sévère. Certains professionnels de santé ajoutent du glucose au soluté de Ringer pour prévenir une hypoglycémie et procèdent à une réhydratation en 6 heures plutôt qu'en 3 heures (1 heure pour les premiers 30ml/kg et 5 heures pour les 70ml/kg suivants).

Dans le traitement du choléra, un enfant sévèrement dénutri recevra une perfusion IV de réhydratation ou bien des SRO suivant la préparation normale. Une fois la déshydratation sévère traitée avec succès, un enfant souffrant de malnutrition sévère devra être transféré le plus rapidement possible vers un centre de

traitement pour les malnutritions sévères pour y continuer le traitement contre la malnutrition. Un dispositif de continuité des soins devra être établi à l'avance pour que les patients souffrant de grave malnutrition puissent revenir aux centres de traitement de la malnutrition sans interrompre leur traitement. Il est important d'évaluer l'état de malnutrition des enfants à leur sortie afin de leur permettre de reprendre un protocole de traitement approprié.

Habituellement, les enfants souffrant de malnutrition sévère accompagnée d'une déshydratation modérée (non liée au choléra) sont traités avec une variante spéciale de SRO appelée ReSoMal (Soluté de réhydratation orale pour la malnutrition aiguë sévère) contenant environ deux tiers de la teneur en sodium des SRO. Toutefois ReSoMal doit être utilisé uniquement quand le choléra est guéri et que l'enfant est transféré dans une unité de traitement de la malnutrition aiguë sévère. **ReSoMal ne doit PAS être utilisé pour traiter la déshydratation imputable au choléra parce que le niveau de concentration de sodium est trop bas pour les patients cholériques.**

L'évaluation de l'état de santé des enfants souffrant de malnutrition légère ou modérée peut s'avérer difficile parce que les signes de la déshydratation comme la persistance du pli cutané, les yeux enfoncés dans leur orbite, la léthargie et d'autres signes peuvent également être symptomatiques d'une malnutrition. Il est possible que les enfants modérément dénutris soient plus susceptibles de contracter le choléra. Ainsi, dans tous les programmes d'alimentation complémentaire, des antibiotiques prophylactiques, une supplémentation en zinc ou des SRO devront être fournis accompagnés d'instructions d'utilisation claires.

Les patients reçus dans les centres de traitement du choléra, notamment les plus vulnérables à la malnutrition (femmes enceintes, enfants et personnes atteintes de maladies chroniques comme le Sida) devront recevoir une alimentation saine au sein du centre de traitement du choléra et seront encouragées à prendre des repas nutritifs de manière régulière. Il est important de ne pas minimiser l'intérêt d'une alimentation adéquate qui sera fournie par le centre de traitement ou les familles.

8.3.10 Prise en charge des patients cholériques présentant des affections existantes

Pregnancy

Les patientes cholériques enceintes présentent des facteurs de risque supplémentaires de gravité de la maladie, avec des conséquences potentielles graves pour la mère et le nouveau-né²⁴. C'est au cours du troisième trimestre de la grossesse que le risque de maladies diarrhéiques sévères et de déshydratation plus importante est le plus élevé. Toutefois, le risque de mortalité n'augmente pas lorsque la patiente reçoit un traitement adéquat. La conséquence potentielle la plus grave de l'infection maternelle concerne l'issue de la grossesse, car une

infection cholérique au cours du troisième trimestre présente un risque accru d'avortement spontané, d'accouchement prématuré, de mort fœtale ou à la naissance et une mortalité accrue des prématurés et des nouveau-nés. Souvent, l'issue malheureuse d'une grossesse est due à des causes physiologiques plutôt qu'à la toxine cholérique elle-même, car le fœtus ne contracte pas l'infection de sa mère. La prise en charge du choléra chez les femmes enceintes comprend les éléments suivants :

- La réhydratation : utilisation du protocole de l'OMS avec une suppléance hydrique plus poussée et une étroite surveillance de l'état d'hydratation ;
- Un suivi attentif des pertes de selles en utilisant un lit de cholérique et en faisant attention à compenser les pertes de selles par des fluides de réhydratation. Les fluides par intraveineuse doivent être poursuivis plus longtemps ainsi que la réhydratation initiale pour éviter le risque que le patient soit à nouveau déshydraté si les SRO ne permettent pas de compenser la perte de selles ;
- L'administration d'un antibiotique pour la mère : l'Azithromycine ou l'Erythromycine ou
- Les antibiotiques ne sont pas nécessaires chez les nouveau-nés à moins qu'ils soient nécessaires en raison d'autres complications ;
- Des services additionnels : les centres de traitement du choléra doivent être préparés afin de fournir des services obstétriques et préparer les accouchements et donner des recommandations pour des soins obstétriques/médicaux pour les nourrissons.

Pour plus d'informations, voir la [présentation de MSF sur le choléra et la grossesse en Haïti](#) .

VIH/SIDA

De manière générale, les personnes atteintes du VIH/SIDA sont plus vulnérables aux infections provenant de divers agents pathogènes et les conséquences cliniques de la maladie sont souvent plus graves chez ces patients. Actuellement, il n'existe pas de stratégie thérapeutique supplémentaire pour les patients également atteints par le VIH/SIDA. Ils doivent donc être évalués et traités conformément aux protocoles thérapeutiques nationaux du choléra.

Autres complications imputables au traitement du choléra

Une insuffisance rénale aiguë peut survenir si le patient n'est pas suffisamment réhydraté. Cela arrive le plus souvent si le patient reçoit suffisamment de fluides de réhydratation pour ne pas mourir mais pas suffisamment pour maintenir un flux sanguin normal. Une telle situation peut se produire en cas de retard lors du transport du patient vers un centre de traitement, mais certains liquides peuvent être administrés lors du transport. Le problème est apparent si le flux d'urine ne reprend pas après que le patient a été hydraté. Il peut y avoir un déséquilibre d'électrolyte, en particulier l'hypokaliémie

²⁴ Hirschhorn N, Chowdhury A.K, and Lindenbaum J., « Cholera in pregnant women », The Lancet. 1969; 1: 1230-1232.

(niveau de potassium bas), l'hyponatrémie (faible teneur en sodium) ou l'hypernatrémie (teneur élevée en sodium). Ces problèmes risquent davantage de survenir si l'on administre des fluides de réhydratation incorrects. Il sera nécessaire d'orienter le patient vers un hôpital pour qu'il y soit pris en charge.

8.4 Établissements de santé et centres de traitement

8.4.1 Description des établissements de santé et des centres de traitement

Dans la lutte contre le choléra, différents niveaux d'établissements de santé et de structures associées peuvent s'avérer nécessaires. Toutefois, suivant les organisations, une terminologie différente peut être utilisée pour les différents niveaux d'établissements ou bien la même terminologie peut avoir des significations différentes. Dans tout plan de prévention, de préparation et de riposte, il est important que la terminologie employée pour les différents niveaux d'établissements de santé fasse l'objet de discussions et de conventions afin de faciliter la communication entre les différents secteurs et organisations. Cela permettra par ailleurs de gagner du temps et d'éviter d'éventuels malentendus susceptibles de mettre en danger la vie des patients.

Pour de plus amples informations sur le choix des sites, la mise en place des centres de traitement et les mesures de contrôle de l'infection (en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène), voir l'**annexe 8E**. Pour obtenir la liste de vérification pour la surveillance des CTS/STC, voir **annexe 8H**.

8.4.2 Emplacement des centres de traitement

En milieu urbain – Idéalement, un service hospitalier comme un CTC doit se trouver dans l'enceinte de l'hôpital. Lorsqu'un patient cholérique arrive à l'hôpital (les gardes soupçonnent souvent le diagnostic), il doit aller directement au CTC et ne pas passer par les autres services ou couloirs. Le CTC devrait donc être proche de l'entrée de l'établissement. Dans la mesure du possible, il est préférable de disposer d'un CTC bien géré et de plusieurs points de réhydratation orale permettant d'hydrater les patients avant qu'ils n'arrivent au centre. Toutefois, lors des grandes épidémies ou dans les zones urbaines occupant une grande superficie ou souffrant d'une circulation dense et encombrée, un plus grand nombre de CTC ou une combinaison de STC et de CTC peut s'avérer nécessaire.

En milieu rural – En milieu rural, la priorité est donnée à une couverture géographique plus importante et à un meilleur accès aux soins avec la mise en place d'un établissement central d'hospitalisation (CTC), de plusieurs établissements de santé de taille moyenne (STC) et de points de réhydratation orale dans les villages. Dans quelques cas, il est préférable d'installer un STC au

Niveaux de prise en charge du choléra et terminologies communes

Les catégories suivantes de structures sanitaires ont été regroupées par niveaux de soins :

NIVEAU 1 - Unité intégrée à la communauté – Point de réhydratation orale (ORP) ou poste de réhydratation orale (ORC) (sans lits). Un point ou poste de réhydratation orale est un lieu intégré à la communauté (urbaine, rurale ou dans les camps de réfugiés ou de personnes déplacées à l'intérieur du pays) où les personnes souffrant de déshydratation légère/modérée peuvent être prises en charge et traitées au moyen de SRO (et d'une supplémentation en zinc), isolées en cas de déshydratation sévère et transférées vers un établissement de santé si nécessaire. N'étant pas équipés de lits, les ORP et ORC ne peuvent pas prendre en charge les traitements de longue durée comme la réhydratation par perfusion qui doit être réalisée dans un établissement de santé bien équipé. En contribuant à réduire la gravité de la déshydratation chez les patients dont le transfert dans un établissement de santé est nécessaire, les ORP réduisent le stress du personnel soignant et l'engorgement des établissements de santé. Ils doivent néanmoins disposer de personnel formé afin de veiller à ce que les SRO soient fournis de manière adéquate à ceux qui en ont besoin. Pour de plus amples informations sur les traitements dispensés par un ORP/ORC, voir l'**annexe 8F** et **section 9.1** sur la prise en charge du choléra à l'échelle communautaire.

NIVEAU 2 – Établissements de santé de petite taille/dispensaires (1 à 5 lits). Un établissement de santé de petite taille/un dispensaire qui accueille des patients en nombre réduit et peut contenir un ORC et, si nécessaire, une salle avec quelques lits réservés aux patients occasionnels sévèrement atteints. L'établissement de santé peut être habilité à poser des perfusions pour le traitement de la déshydratation sévère à condition de disposer d'un professionnel de santé qualifié.

NIVEAU 3 – Établissement de moyenne taille pour les malades hospitalisés – Service de traitement du choléra (STC) (10 à 20 lits), annexe 8E. Un service de traitement du choléra (STC) dispense généralement des soins aux patients cholériques dans des lieux où la distance entre les communautés est importante et impose la mise en place d'un grand nombre d'installations décentralisées de plus petite taille. De taille plus modeste qu'un centre de traitement du choléra (CTC) et habituellement situé à l'intérieur ou à proximité d'un établissement de santé, et parfois à part, un STC dispose d'une unité d'hospitalisation permettant de séparer les patients cholériques des autres patients. Il comprend un ORC et peut dispenser une grande variété de traitements, y compris pour la déshydratation sévère.

NIVEAU 4 – Service rattaché à un hôpital ou site distinct – Centre de traitement du choléra (CTC) (25 à 200 lits), annexe 8E. Établissement thérapeutique dédié aux patients cholériques, un CTC est idéalement construit dans l'enceinte d'un hôpital, mais clairement séparé et isolé des autres services. Parfois, il est également délocalisé. Un CTC comprend un point de réhydratation orale et dispense une grande diversité de traitements, dont un pour les cas de déshydratation sévère. Le CTC est souvent utilisé dans les zones urbaines, lorsque survient une recrudescence du nombre de cas.

niveau du village. Le STC devra idéalement se situer à l'intérieur de l'établissement de santé/du poste de soins ou à proximité parce qu'il s'agit de lieux familiers et que le personnel et les ressources nécessaires y seront certainement plus accessibles. Il peut également être installé ailleurs. Il faut toutefois veiller à ce que le traitement du choléra n'interrompe pas les soins aux patients atteints d'autres maladies et qui ont besoin eux aussi de soins de santé.

En milieu urbain comme en milieu rural – Les points de réhydratation orale peuvent se situer au domicile d'un agent de santé communautaire, d'un responsable communautaire ou être établis dans un autre site comme un centre communautaire ou un lieu de culte. Les informations de localisation devront être distribuées aux membres de la communauté. Voir l'**annexe 8E** pour de plus amples informations sur le choix des sites.

8.4.3 Contrôle de l'infection par des mesures relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène

Quel est l'objectif visé par le contrôle de l'infection ? – Le contrôle de l'infection dans un établissement de traitement contre le choléra est une composante capitale des soins prodigués au patient. Il met l'accent sur la réduction du risque de transmission de la bactérie responsable du choléra et des autres pathogènes diarrhéiques. Le contrôle de l'infection repose principalement sur des actions concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) qui doivent être mises en place dans un établissement.

Respect des procédures de contrôle de l'infection, formation, équipement et encadrement bienveillant – Même si les professionnels de santé et la direction des établissements souhaitent s'assurer eux-mêmes que les procédures de contrôle de l'infection sont mises en place et appliquées, il arrive parfois que les établissements deviennent la source même de l'infection, généralement parce que :

- Le personnel n'a pas connaissance des différentes procédures de contrôle de l'infection requises pour les maladies diarrhéiques générales et le choléra.
- Le personnel ne dispose pas de désinfectants adéquats.
- Le personnel médical travaille sans répit ou avec des pauses insuffisantes, il est surmené et épuisé par de longues heures de travail, les règles strictes limitant les heures de travail n'étant ni respectées ni appliquées.
- Le personnel porte trop attention aux aspects curatifs de la prise en charge des patients et pas assez à la prévention.

Par conséquent, des professionnels de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène doivent apporter leur soutien aux professionnels de santé afin de veiller à ce que des procédures correctes soient mises en place et respectées. Les ONG médicales possédant une solide expérience du choléra comme Médecins

Principes fondamentaux de protection contre l'infection au choléra dans les établissements de santé

CONSEIL

TdM

1

2

3

4

5

6

7

- Les points principaux sont les suivants : utilisation de lits de cholérique avec des seaux et des bâches en plastique réutilisables ainsi que des cuvettes pour recueillir les vomissures, qui sont contaminées par le V. cholerae.
- Se laver fréquemment les mains et surveiller les accès à l'unité.
- Le personnel soignant, les aidants familiaux et les patients doivent régulièrement se laver les mains à l'eau désinfectée (0,05 % de chlore ou avec un désinfectant pour les mains contenant 60 % d'alcool au minimum) lorsqu'ils se trouvent dans certains endroits stratégiques de l'établissement ou du centre comme à l'entrée/à la sortie du centre, lorsqu'ils changent de salles/zones, après un contact avec un patient, après être allés aux toilettes et avant de manger.
- Il faut limiter le contact entre les patients les plus sévèrement touchés et les autres en les isolant au sein même de l'établissement et les placer sous la surveillance d'un seul aidant.
- L'entrée d'un centre de traitement du choléra doit être gardée afin de limiter les entrées et sorties aux seules personnes autorisées (personnel, patients, aidants désignés ou cadres).
- Les salles de l'établissement de santé, les latrines et les salles de bains doivent être accessibles et faciles à nettoyer et à désinfecter.
- Les vomissures et selles des patients doivent être éliminées en respectant des règles strictes d'hygiène dans une fosse à latrine après désinfection au chlore.
- Les déplacements d'aliments à l'intérieur/à l'extérieur de l'établissement de traitement du choléra doivent être limités. Idéalement, les repas doivent être préparés et livrés sur place.
- La literie et les vêtements souillés doivent être désinfectés avant de sortir du centre.
- Les corps des patients décédés du choléra doivent faire l'objet de procédures spécifiques de conservation, de nettoyage, de préparation et d'inhumation. Il conviendra également de s'assurer que la famille ait l'opportunité de veiller la dépouille du patient décédé dans un espace de recueillement désigné à cet effet. Voir l'**annexe 9D** pour de plus amples informations sur la sécurité quant à la manipulation des cadavres.

Prise en charge des patients et contrôle de l'infection dans les établissements de santé et centres de traitement

8

9


10

sans Frontières (MSF) prévoient toujours une équipe de logisticiens, de professionnels de santé et de professionnels de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour mettre en place et gérer les CTC/STC.


Aidants familiaux et nourrissons – Un seul aidant doit être autorisé à rester au chevet de chaque patient car il y a peu de chances qu'il y ait suffisamment de personnel infirmier pour faire tout ce qui est nécessaire, en particulier pour administrer les SRO et encourager les patients à les prendre. Cette restriction diminue la possibilité d'infection croisée et permet de veiller à ce que le personnel ait suffisamment d'espace pour travailler dans de bonnes conditions. Exception sera faite pour les nourrissons exclusivement nourris au sein qui seront autorisés à l'intérieur du centre. L'entrée sera refusée aux autres enfants à moins qu'ils ne soient malades et qu'ils aient besoin d'être hospitalisés. Enfin, les noms et coordonnées des proches qui prennent soin des enfants du patient devront être conservés comme mesure de protection au moment où le parent est admis au centre.



Installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène – Pour un contrôle efficace de l'infection, il est essentiel de s'assurer que les centres de traitement du choléra et autres centres de soins disposent d'installations/services adéquats d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Tous les CTC doivent vérifier que l'eau est disponible en quantité et qualité suffisantes pour les différents usages, que les installations d'assainissement sont correctement entretenues (y compris en ce qui concerne l'élimination finale des boues) et séparées pour les patients légèrement et modérément atteints, les aidants et le personnel (par sexe) et que les points de lavage des mains sont disponibles aux endroits stratégiques. Voir l'**annexe 8E** pour connaître les paramètres spécifiques de conception des installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène, les aspects liés à l'entretien et les procédures et mesures spécifiques de contrôle de l'infection.


RESSOURCES CLÉS

Médecins Sans Frontières (MSF), [Cholera Guidelines, 2nd ed.](#) (2004) Chapter 4 and annexes 7 to 11. 

MSF, [Qu'est-ce qu'un centre de traitement du choléra \(CTC\)?](#) (site Internet)

Ministère de la Santé Publique et Population (MSPP) Haïti/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [Manuel de formation pour la lutte contre le choléra en Haïti : un cours abrégé pour les fournisseurs de soins de santé](#), (2011) 

Federal Democratic Republic of Ethiopia. Protocol No. 7 (draft) Hygiene, sanitation  and isolation aspects of CTCs . (2006).

International Medical Corps (IMC) / E. Fewster, Video of the WASH and infection control aspects of an upgraded CTC in Haiti, (2011). 

WASH Cluster Somalia, [Guidelines for water, sanitation and hygiene in cholera treatment centres](#), (2009). 

8.4.4 Ressources humaines pour les établissements de santé et les centres de traitement

Le personnel nécessaire aux établissements de santé et sites de traitement inclut le personnel médical comme les infirmières, médecins, pharmaciens et agents de santé communautaire (sur certains sites) et le personnel de gestion et d'appui comme les gestionnaires de site, les logisticiens, les spécialistes de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, le personnel d'entretien (des sols, des toilettes, du linge et de la literie), les cuisiniers, les agents de sécurité, les porteurs d'eau et les préparateurs de désinfectant.

La quantité de personnel nécessaire pour chaque établissement dépend :

- de la taille de l'établissement ;
- du nombre minimal absolu d'employés nécessaire pour garantir le fonctionnement efficace et permettre des temps de pause adéquats afin que le personnel puisse travailler en toute sécurité ;
- du fait que les ressources humaines disponibles doivent être équitablement réparties entre tous les sites en fonction des besoins.

Les difficultés les plus importantes en termes de ressources humaines sont vraisemblablement les épidémies fulgurantes de grande ampleur et à progression rapide qui nécessitent l'implantation de nombreux établissements, créant alors un niveau important de concurrence en termes de recrutement de personnel, notamment auprès des professionnels de santé locaux. Ces difficultés sont particulièrement importantes lorsque les ressources sont insuffisantes, soit parce que l'épidémie n'a pas été déclarée, soit parce que le niveau d'aide reçue n'est pas à la hauteur par manque de visibilité. Il arrive également que le personnel de santé des petits établissements ait des difficultés à prendre du repos ou à mettre à jour ses connaissances.

Pour un contrôle de l'infection efficace

- Des séances de formation simplifiée et des rappels sur le contrôle de l'infection et les principes relatifs à l'eau, l'assainissement et l'hygiène peuvent être des outils précieux qui précisent les règles de contrôle à l'arrivée, pendant l'admission et lors de la sortie. Ces informations peuvent également être affichées aux murs de l'établissement pour une meilleure visibilité.
- La fourniture d'équipement et produits de base (voir section 8.4.5) peut aider et motiver le personnel de santé et d'appui en sous-nombre dans l'application des procédures de contrôle de l'infection.
- Une équipe mobile de soutien en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène peut aider le personnel des petits établissements lorsqu'il est impossible de disposer de personnel dédié et de personnel logistique.

CONSEIL

Formation du personnel travaillant dans les établissements de santé spécialisés dans le traitement du choléra

CONSEIL

- La formation doit faire partie intégrante des efforts de préparation, car elle est difficile à mettre en place lorsque surgit une épidémie de choléra et que le personnel est déjà souvent débordé, épuisé et dans l'impossibilité de quitter son poste pour assister à des formations.
- Les étudiants en médecine et en soins infirmiers peuvent être amenés à renforcer les rangs du personnel de santé qualifié lors d'importantes épidémies de choléra.
- Les membres expérimentés du personnel ou les personnes qui dirigent déjà des établissements de santé spécialisés dans la lutte contre le choléra peuvent servir de mentors aux nouveaux employés.
- La documentation de travail décrivant les tâches propres à chaque poste peut servir d'outil pédagogique et de référence dans l'établissement de santé une fois que la riposte est lancée. Voir les ressources clés suivantes qui contiennent des liens vers plusieurs exemples.
- Une équipe de formation spécialisée dans les épidémies de grande envergure permettra d'améliorer les normes appliquées et l'assurance du personnel.
- Les équipes mobiles assurant une supervision bienveillante peuvent également dispenser des formations de perfectionnement sur site dans le cadre de leurs missions et aider à identifier les lacunes en matière de ressources. Les équipes mobiles sont particulièrement appréciées par le personnel des petits établissements de santé éparpillés et peuvent les aider à conserver et stimuler leur énergie et leur motivation.


Voir l'**annexe 8G** pour de plus amples informations et des références chiffrées sur le nombre d'employés nécessaires selon les niveaux et les tailles des établissements. La **section 6.4** contient des informations complémentaires sur les ressources humaines et la formation du personnel.

Remarque sur la motivation : le personnel effectue souvent des heures supplémentaires dans des conditions de travail difficiles. C'est pourquoi la question de la motivation revient fréquemment, car elle peut entraîner des grèves, les employés travaillant dans la lutte contre le choléra demandant une rétribution à la mesure de leur travail ou des salaires équivalents aux autres personnels faisant le même travail (alors que les agences ont toutes des grilles de salaires différentes). Il est important que le personnel soit rémunéré à la

hauteur de son travail et de garantir que les services de lutte contre le choléra soient maintenus régulièrement. Dans la mesure du possible, la rémunération du personnel devra être décidée par le gouvernement en accord avec l'ensemble des agences internationales d'aide au moment des préparatifs à une épidémie. Habituellement, pendant une épidémie de choléra, les services de soins doivent être dispensés gratuitement. Toutefois, ils peuvent devenir payants si le personnel n'est pas rétribué pour son travail.

Remarque sur l'enregistrement des professionnels extérieurs : lors de épidémies de choléra importantes, il arrive que le personnel de lutte contre le choléra d'autres pays propose ses services à titre bénévole, sans pour autant être qualifié pour fournir de tels services. L'enregistrement préalable des prestataires de services étrangers par le gouvernement pendant la phase de préparation pourrait considérablement faciliter le déploiement du personnel de soutien pendant une épidémie.

RESSOURCES CLÉS

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR, B), [SCholera Outbreak Training and Shigellosis \(COTS\)](#).
[Staff pocket cards.](#) 

Médecins Sans Frontières (MSF), [Cholera Guidelines, 2nd ed., \(2004\),](#)
Chapter 4, Section 3 and Annex 11. 

8.4.5 Équipement et fournitures destinés aux centres de traitement du choléra

Pour la mise en place des centres de traitement du choléra, les équipements et fournitures suivants seront nécessaires :

- **Pour l'installation et l'entretien d'un site et la mise en place de procédures de contrôle de l'infection** – L'équipement comprend : les tentes, clôtures d'enceintes, jerrycans, gobelets en plastique, lits de cholériques, seaux, cuvettes, balais et autres accessoires de nettoyage, dalles de latrines, bâches en plastiques, poteaux, fûts en plastique (pour mélanger et stocker le chlore et les SRO), housses mortuaires, l'équipement pour l'approvisionnement en électricité, les ustensiles de cuisine et la vaisselle, un incinérateur et des vêtements de protection (bottes en caoutchouc, gants, combinaisons, tabliers). Cependant ces vêtements ne sont pas nécessaires dans un CTC bien géré sauf pour insérer des canules intraveineuses, évacuer des cadavres ou des fluides infectés, nettoyer des bâches en plastique, etc. Les consommables comprennent : les désinfectants, le papier toilette, les tabliers et gants en plastiques et les denrées alimentaires.

- **Pour les soins médicaux** – L'équipement comprend : des aiguilles, canules, gants chirurgicaux, blouses de chirurgiens, tabliers, ciseaux, forceps, cuvettes, plateaux, appareils de mesure de la tension artérielle et thermomètres. Les consommables comprennent : les sachets de SRO, goutte à goutte intraveineux, seringues, tubes nasogastriques, antibiotiques et housses mortuaires. Il convient de veiller à ce que des aiguilles de gros calibre soient utilisées pour les perfusions intraveineuses (calibre 19 ou plus pour les adultes et aiguilles à ailettes de calibre 21 pour les nourrissons).
- **Pour l'hébergement du personnel de santé** – Quand le personnel provient de régions extérieures, des équipements supplémentaires seront nécessaires, notamment dans les établissements de santé situés en milieu rural. Cet équipement se composera de tentes, lits de camp, couvertures, vaisselles et denrées alimentaires (si les repas ne sont pas fournis sur le site).

Voir l'**annexe 3J** qui comprend une liste standard des principaux équipements et fournitures destinés aux établissements de santé et sites de traitement, ainsi que des notes sur la meilleure façon de déterminer les quantités et de hiérarchiser les articles par ordre de priorité, ainsi qu'une calculatrice pour les fournitures. Voir également la **section 6.5** sur les trousse de médicaments.

RESSOURCES CLÉS

Médecins Sans Frontières (MSF), Cholera Guidelines, 2nd ed., (2004) Chapter 4, paragraph 4.

MSF, Listes des kits contre le choléra (fournitures médicales et non médicales pour les CTC/STC)

8.4.6 Suivi du programme : qualité de la prise en charge des patients et des sites de traitement

Un suivi régulier du programme est nécessaire pour ajuster la programmation en fonction des besoins identifiés (personnel et formation, fournitures, etc.). Le suivi des services fournis dans les centres de traitement peut être assuré par :

- Le suivi de la qualité de la prise en charge dans l'établissement de santé par l'observation de l'évolution du taux de létalité qui doit rester en dessous d'un pour cent. Les observations doivent être réalisées de manière quotidienne et hebdomadaire. Pour de plus amples informations, voir la **section 3** et l'**annexe 3F**.
- Si un décès survient à cause de la déshydratation, il faut examiner la prise en charge du cas pour identifier les raisons du décès en vue d'améliorer la prise en charge à l'avenir.

- Le suivi des processus du site de traitement, y compris les protocoles de prise en charge, le contrôle de l'infection au niveau de l'établissement, les compétences du personnel et les fournitures sur une base quotidienne, par la supervision directe et hebdomadaire au moyen du formulaire de suivi des CTC/STC. Pour plus d'informations, voir l'**annexe 8H**.

Observation : il est primordial de remplir les formulaires et d'ajuster les programmes en conséquence.

RESSOURCES CLÉS

World Health Organization (WHO) Global Task Force on Cholera Control, *Cholera Outbreak: Assessing the outbreak response and improving preparedness*. Geneva Switzerland (2004). 

8.5 Information pour les patients et les aidants familiaux, soutien psychosocial et protection.

8.5.1 Mobilisation des patients et de leurs aidants familiaux

Dans de nombreux pays où le choléra est endémique, la prise en charge des patients est largement tributaire de la mobilisation des membres de leur famille qui assurent souvent la préparation des repas et les soins infirmiers de base, en particulier l'administration des SRO et ce sont eux qui alertent le personnel infirmier lors d'un problème médical. Cependant, un seul membre de la famille devrait rester avec le malade (sauf pendant les heures de visite) car d'autres membres de la famille risquent d'ajouter à la confusion et de freiner l'administration des soins médicaux nécessaires.

8.5.2 Informations et échanges avec les patients et leurs aidants

Les patients et leurs aidants recevront des informations lors de l'admission dans l'établissement de santé, pendant toute la durée du séjour et avant la sortie. À chaque occasion, il leur sera donné l'opportunité de poser des questions et d'évoquer leurs préoccupations. Les informations fournies doivent comporter un descriptif du choléra, porter sur les procédures permettant aux patients de prendre soin d'eux-mêmes pendant leur séjour, sur l'allaitement, les règles de contrôle de l'infection (y compris sur la préparation des repas et la consommation) et doivent prévoir des paroles de réconfort visant à apaiser le sentiment de honte lié à leur maladie. Avant la sortie, des instructions leur seront également données sur la préparation des SRO, la nature récurrente de la maladie et la prévention de la propagation du choléra aux autres proches et amis. Ils seront informés des ressources complémentaires à utiliser en cas

de discrimination ou de conflit avec leurs voisins ou avec la communauté tout entière. Les activités recommandées comprennent :

- Des réunions régulières avec les familles, notamment avant la sortie des patients, des séances d'information et d'éducation avec la famille, des tableaux d'affichage et des boîtes à suggestions/doléances peuvent contribuer à faciliter la communication.
- Les dessins et la psychothérapie sont également utiles pour aider les enfants pendant leur convalescence.

Voir l'**annexe 8I : Information des patients et de leurs aidants familiaux** pour des informations complémentaires utiles.



8.5.3 Conséquences psychosociales

Les populations éprouvent parfois un vif sentiment d'insécurité pendant une épidémie de choléra et craignent d'être marginalisées du fait d'avoir cherché à se faire soigner ou parce qu'elles souffrent de diarrhées sévères. Il arrive que les patients et leurs familles éprouvent de la honte à l'idée de recevoir un traitement contre le choléra, particulièrement si la maladie est nouvelle dans le pays.

Une attitude bienveillante de la part du personnel médical et infirmier aidera à réduire le sentiment de honte lié au choléra. Le fait que le personnel soignant soit sensible au décès d'un patient et reconnaisse les répercussions sur les familles compte également. Dans la mesure du possible, il est important de laisser aux familles l'opportunité de veiller la dépouille de la personne aimée et de faire leurs adieux dans le respect et la dignité.

Les familles en deuil à la suite de la perte d'un proche sont parfois dans l'incapacité d'entreprendre les formalités liées aux funérailles et au deuil, ce qui est source de peines et de souffrances supplémentaires pour la famille et réduit par ailleurs l'efficacité de la riposte au choléra. En traitant précocement la stigmatisation, il est possible d'encourager les patients à avoir recours aux soins.

La récente épidémie de choléra en Haïti est un exemple caractéristique de la façon dont la réponse apportée a soulagé les craintes de la population à l'égard des personnes malades et décédées et de la construction de centres de traitement du choléra.

Pour obtenir de plus amples informations sur l'exemple d'Haïti et sur les autres attitudes vis-à-vis du choléra, voir l'**annexe 7F : Croyances et perceptions communautaires en rapport avec le choléra**. Pour obtenir des renseignements spécifiques sur l'étude d'Haïti, voir la présentation, « 5 Psychosocial Responses to the Cholera Outbreak » (en anglais)  ainsi que le document de la Croix-Rouge haïtienne . L'encadré qui suit fournit des recommandations sur la façon de répondre aux questions soulevées dans cette section. Pour de plus amples informations, voir la **section 2.3** et l'**annexe 7F**, la **section 9.7** et l'**annexe 9D**.

8.5.4 Considérations relatives à la protection

Les programmes mis en œuvre en réponse aux épidémies de choléra doivent apaiser plutôt qu'exacerber les vulnérabilités des populations affectées. Voir l'**annexe 8J** pour de plus amples informations sur les mesures de protection à mettre en œuvre dans la lutte contre le choléra.


La protection contre le choléra présente plusieurs difficultés, notamment les suivantes :


- Les enfants ayant perdu leur principal parent à la suite d'une maladie ou d'un décès peuvent subir une perte de revenu familial et risquent d'être victimes d'abus, d'exploitation ou d'autres violences.
- Les personnes qui vivent dans une pauvreté extrême auront moins facilement accès à une eau salubre et à des services d'assainissement. Par ailleurs, il arrive qu'ils vivent éloignés des postes de santé.
- Les populations, et les femmes en particulier, issues des groupes marginalisés sont souvent illettrées ou ne parlent pas la langue du pays et ont très peu accès aux informations sur le choléra et à la façon de s'en protéger.
- Les réfugiés, demandeurs d'asile et détenus peuvent se voir refuser l'accès aux soins médicaux.

RESSOURCES CLÉS


Save the Children, [Rapid Assessment of Protection Issues within Zimbabwe's Cholera Epidemic and Response](#), (2009). 

OXFAM, [Technical Brief: Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies](#), (2009). 

Organisation mondiale de la Santé, [Psychological First Aid: Guide for Field Workers](#), (2011). 

Inter-Agency Standing Committee (IASC), [IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#). Geneva (2007). 

Grimaud, J. and Legagneur, F., Community beliefs and fears during a cholera outbreak in Haiti, *Intervention*, (2011), 9(1) pp. 26-34.

UNICEF Haïti, [Briefing Note: Strategy for integrating a gendered response in Haiti's cholera epidemic](#). (2010) 

Répondre aux besoins en matière de protection, d'égalité entre les sexes et d'aide psychosociale

Prise en charge des patients

- Collecter et analyser les données ventilées par sexe et par âge des patients cholériques.
- Répartir les patients cholériques hospitalisés par sexe afin de leur procurer les fournitures nécessaires comme les articles d'hygiène féminine pendant l'hospitalisation.
- Veiller à ce que les enfants aient en permanence sur eux un moyen d'identification et de contact et tenir leurs parents ou aidants temporaires informés du lieu où ils se trouvent et de leur état de santé, afin que les enfants et leurs parents ne soient pas séparés accidentellement lors de l'admission dans un établissement de santé.

Soutien psychosocial

- Permettre la tenue de discussions sur le choléra sans porter de jugement dans le cadre de campagnes de sensibilisation. S'appuyer sur les connaissances existantes des populations au lieu d'essayer de les convaincre d'abandonner des croyances bien ancrées.
- Donner aux membres de la famille en deuil la possibilité de rester quelques temps au chevet des patients décédés avant l'inhumation.
- Apporter des soins psychologiques de première urgence aux patients et membres de la famille des patients hospitalisés, ainsi que des informations sur le choléra afin d'éviter ou de diminuer le sentiment de crainte ou la stigmatisation des malades. Les agents de santé communautaire et autres prestataires de services de proximité doivent être formés aux premiers soins psychologiques.
- Travailler avec les membres influents de la communauté, en faisant appel aux organisations communautaires existantes, comme les réseaux spécialisés dans l'enfance et l'adolescence, en matière d'éducation sur le choléra afin de réduire l'effet de stigmatisation pour les membres de la communauté touchés.
- Faciliter l'orientation des patients vers des services psychologiques, sociaux et de protection spécialisés.

CONSEIL

Approche à assise communautaire

- Instaurer le dialogue avec les patients dans les centres de traitement et mettre en place des mécanismes de résolution des conflits avec la communauté tout entière.
- Encourager les jeunes filles, garçons, femmes et hommes à prendre part au dialogue en adaptant le langage et les voies de communication en fonction de l'âge et en veillant à ce que tous aient un accès égal aux informations concernant :
 - La répartition existante des rôles en fonction du sexe dans la prévention et la lutte contre le choléra et la question de savoir comment les hommes et femmes peuvent partager la charge de travail et veiller à ce que les femmes et les jeunes filles ne soient pas confrontées à une surcharge de travail supplémentaire.
 - L'importance d'une bonne hygiène et d'un recours précoce aux soins.
 - L'installation de centres de traitement du choléra, de points d'eau potable et de comités communautaires pour s'engager dans la riposte au choléra et permettre la remontée des informations aux prestataires de services.
- Utiliser plusieurs voies de communication afin d'échanger des informations sur l'épidémie de choléra avec les personnes vulnérables et difficiles à atteindre quant aux moyens de prévention du choléra et aux mesures à prendre en cas de maladie, en gardant à l'esprit les différences entre les voies privilégiées ou de confiance en fonction des groupes ; vérifier avec quelle efficacité les groupes cibles sont atteints et adapter la communication selon les besoins identifiés.
- Employer des initiatives d'éducation par des pairs, une méthode efficace pour impliquer les enfants et les jeunes.
- Dispenser des formations sur la prévention du choléra et les mesures à mettre en œuvre en cas de maladie aux personnes qui travaillent avec des enfants, des personnes âgées et des personnes souffrant de handicaps dans les centres ou foyers de soins ou de protection.

CONSEIL
suite



9.1 Présentation du chapitre 9

Ce chapitre pourra être lu conjointement avec le **chapitre 7** sur la communication, l'évolution des comportements et la mobilisation sociale, et notamment la **section 7.4** sur la mobilisation en vue d'une action communautaire et les annexes associées au **chapitre 7**, qui identifient les méthodologies de communication favorisant l'évolution des comportements et d'élaboration de messages motivants.

Liste des annexes

- Annexe 9A** Distribution et traitement de l'eau

- Annexe 9B** Traitement de l'eau et stockage sûr au point d'utilisation

- Annexe 9C** Évacuation hygiénique des excréments

- Annexe 9D** Sécurité des soins apportés aux cadavres

- Annexe 9E** Mesures institutionnelles et publiques de lutte contre le choléra

- Annexe 9F** Formulaire de surveillance communautaire (hebdomadaire)

- Annexe 9G** Remise de fournitures/produits non alimentaires

Une stratégie à assise communautaire complète intégrant l'eau, l'hygiène et l'assainissement et des activités de promotion de la santé est capitale pour la prévention précoce, la détection de la maladie et la prise en charge des patients.

Les principales actions nécessaires au contrôle du choléra à l'échelle communautaire comprennent :

- les mesures permettant de briser la chaîne de transmission et de réduire le nombre de personnes infectées par le choléra ;
- les mesures qui permettent d'éviter de mourir des suites du choléra.

L'importance des actions précoces de prévention, de dépistage et de traitement

La prévention, le dépistage et le traitement précoces du choléra dans les foyers et communautés limitent et freinent la propagation du choléra et réduisent le nombre de malades et de décès

Les stratégies à assise communautaire ont pour principaux objectifs :

- la prévention de la survenue de nouveaux cas dans la communauté par la distribution d'eau potable, d'aliments sûrs, la diffusion de messages de promotion de l'hygiène et les activités d'assainissement ;
- le dépistage, le traitement, l'orientation et la prise en charge sanitaire des patients dans leur foyer et la communauté ;
- la surveillance communautaire permettant de dépister précocement et de contrôler le signalement des cas de choléra et les décès.

Une stratégie à assise communautaire doit être reliée à des services de santé et à des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement de niveau supérieur comprenant des dispositifs de surveillance afin d'enregistrer les cas et les décès, et d'assurer une supervision, une chaîne d'approvisionnement et une orientation des patients adaptées.

Les agents de santé communautaire, y compris les agents de santé communautaire qualifiés (ASC), les agents de promotion de l'hygiène, les volontaires, etc. jouent un rôle majeur en apportant leurs services à la communauté. Les agents de santé communautaire doivent être identifiés, formés et équipés pour accomplir leur mission d'acteurs fondamentaux des plans de préparation et de riposte au choléra. Ils doivent également être épaulés et faire l'objet d'une supervision étroite, y compris en ce qui concerne les fournitures, afin de pouvoir offrir un service adéquat et continu à leurs communautés.

Le tableau ci-dessous présente les actions et stratégies de riposte au choléra, parmi lesquelles les activités permettant d'empêcher la propagation de la maladie (voir le **chapitre 4** pour des références complémentaires) et précise quels sont les acteurs susceptibles d'être responsables de leur mise en œuvre ainsi que le rôle de la communauté dans chacune de ces activités.

Tableau 11 Actions à assise communautaire de riposte au choléra

Cont'd from **Tableau 2**
Located on Page 42


Objectif	Pratiques domestiques, communautaires et institutionnelles – Actions requises (impliquant parfois un changement de comportement durable)		Professionnels concernés – Actions requises
Les personnes ont accès et consomment de l'eau potable.	Voir la chapitre 4 (tableau 2) pour plus d'informations		
Les foyers, communautés et institutions ainsi que les points de vente alimentaires appliquent les règles d'hygiène alimentaire.	Voir la chapitre 4 (tableau 2) pour plus d'informations		
Les nourrissons sont exclusivement nourris au sein et, si nécessaire, avec des aliments et liquides sûrs.	Voir la chapitre 4 (tableau 2) pour plus d'informations		
Il n'y a pas d'excréments dans l'environnement parce que la population les élimine de façon sûre.	Voir la chapitre 8 pour plus d'informations sur la prise en charge des patients à l'échelle communautaire		
Les personnes se lavent les mains au savon et à l'eau aux moments critiques.	Voir la chapitre 4 (tableau 2) pour plus d'informations		
L'hygiène environnementale est respectée sur les marchés et dans les autres lieux publics.	Voir la chapitre 4 (tableau 2) pour plus d'informations		

- TdM
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

9 Interventions à assise communautaire

Objectif	Pratiques domestiques, communautaires et institutionnelles – Actions requises (impliquant parfois un changement de comportement durable)		Professionnels concernés – Actions requises (CONT'D)
<p>(a) Les enfants et les adultes qui souffrent de diarrhées avec ou sans vomissements sont réhydratés efficacement.</p> <p>(b) Dans les foyers, les personnes savent où se procurer des SRO et comment les préparer et les utiliser.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants et les adultes souffrant de diarrhées avec ou sans vomissements reçoivent des SRO fabriqués avec de l'eau potable et du zinc. • Les enfants et les adultes souffrant de diarrhées avec ou sans vomissements et qui n'ont pas accès aux SRO peuvent recevoir une autre solution (comme une solution salée-sucrée, ou des SRO à base de riz) ou de l'eau pour ralentir le processus de déshydratation jusqu'à ce que des soins adéquats à base de SRO et de zinc leur soient prodigués. Voir la section 8.3.3 pour plus d'informations. • Les enfants et les adultes qui tombent malades pendant une épidémie de choléra se rendent immédiatement dans un établissement de santé. 		<ul style="list-style-type: none"> • Des points de réhydratation orale sont installés à l'échelle communautaire. • Prise en charge des patients au sein de la communauté par des agents de santé communautaire qualifiés. • Plaidoyer, éducation et mobilisation sur l'utilisation des SRO (et du zinc) pour le traitement de la déshydratation et visant à inciter les personnes à recourir aux soins pendant une épidémie de choléra. • Aide à la mise en place d'une chaîne d'approvisionnement pour les SRO et le zinc pour en faciliter l'accès dans toutes les zones urbaines et rurales. Voir la section 9.11 sur la prise en charge du choléra à l'échelle communautaire.
<p>Les objets contaminés par des vomissures et déjections contaminées sont désinfectés en toute sécurité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les sols, meubles, la literie, les vêtements ou autres articles souillés par des vomissures ou des diarrhées sont efficacement désinfectés avec de l'eau et du chlore. • Les pulvérisations de désinfectant ne sont pas rentables et ne sont pas recommandées. Voir explication au section 9.6. 		<ul style="list-style-type: none"> • Éducation par des visites à domicile et une mobilisation sur les procédures adéquates pour désinfecter les espaces et le matériel souillés par les excréments ou les vomissures. Le désinfectant doit être fourni. • Éducation et mobilisation sur l'importance critique de ne pas laver les vêtements et les draps à proximité des sources d'eau potable ou des sources en libre accès.
<p>Les personnes n'ont pas honte d'attraper le choléra et recherchent rapidement de l'aide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Échange d'informations entre pairs et encouragement à expliquer qu'il n'y a aucune honte à contracter le choléra afin de souligner qu'il est capital de chercher rapidement de l'aide. 		<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation est réalisée par le biais des médias et avec le soutien des responsables religieux et communautaires afin de réduire la stigmatisation associée au choléra.
<p>Toutes les précautions pour empêcher la transmission du choléra sont prises lors des funérailles et dans la manipulation des cadavres.</p>	<p>Des lave-mains munis de savons sont installés et leur utilisation est encouragée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à la sortie des latrines ; • après avoir manipulé un cadavre, ses vêtements ou sa literie ; • avant de préparer les repas ; • avant de manger ou de boire. 		<ul style="list-style-type: none"> • Des activités d'éducation et de mobilisation sur la manipulation sûre des cadavres et les mesures de sécurité à prendre pour éviter le choléra lors des funérailles sont mises en place, notamment pour les responsables religieux et communautaires et les agents de vulgarisation sanitaire.
<p>Les foyers et les institutions ont des pratiques saines en matière d'hygiène et utilisent efficacement les SRO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournitures sont reçues et utilisées conformément aux instructions. 		<ul style="list-style-type: none"> • Les fournitures disponibles et celles qui sont primordiales à la mise en œuvre des mesures de sécurité de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement et à l'utilisation des SRO, sont identifiées. • La plupart des personnes vulnérables, qui doivent bénéficier de ces fournitures, sont identifiées. • Les fournitures, accompagnées d'une formation et d'une aide à l'utilisation, sont distribuées.

RESSOURCES CLÉS

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [Community Health Worker Training Materials for Cholera Prevention and Control](#), (2012). 

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [Cholera prevention and control: Introduction and community engagement \(diaporama\)](#), (2010). 

UNICEF et partenaires : [Joint Statement: Scaling up the community based health workforce for emergencies](#), (2011). 

9.2 Améliorer l'accès aux ressources en eau potable de qualité et en quantité suffisante

L'accès à des ressources en eau potable en quantité suffisante est primordial pour l'efficacité de la riposte au choléra. Toutefois, les interventions permettant d'améliorer et de garantir ces approvisionnements sont souvent de nature urgente et temporaire, d'où l'importance de mettre en place des stratégies précises communiquées avec clarté dès le départ. Dans la mesure du possible, les investissements dans l'approvisionnement en eau doivent viser la pérennité des approvisionnements et la complémentarité avec les infrastructures et les prestataires de services existants.


Approvisionnement en eau en zone urbaine – Les interventions prioritaires en rapport avec les services urbains d'approvisionnement en eau comprennent la réparation des aménagements existants, le renforcement des solutions de stockage de grande capacité, l'augmentation et la surveillance des teneurs résiduelles en chlore et l'approvisionnement par le biais de citernes d'eau et de seaux chlorés lorsqu'il n'existe pas d'alternatives. La priorité doit être donnée à la construction d'aménagements supplémentaires (permanents) d'approvisionnement en eau nécessaires dans les régions touchées par le choléra. La cartographie des risques avant ou après une situation d'urgence doit permettre d'identifier les fournitures critiques et de définir les mesures à prendre pour limiter les pénuries d'eau et promouvoir la pérennité des ressources.

Les actions d'amélioration des services urbains d'approvisionnement en eau pendant la riposte au choléra doivent envisager la mobilisation des communautés/ des groupes d'utilisateurs et valoriser leur contribution aux actions de contrôle du choléra. Ils peuvent jouer un rôle important dans la surveillance de la prestation des services et leur efficacité, signaler les fuites ou les systèmes endommagés aux autorités et aider au bon fonctionnement et à l'entretien des points d'approvisionnement.


Approvisionnement en eau en zone rurale – L'accès à des sources améliorées d'approvisionnement en eau est généralement plus limité en zone rurale qu'en zone urbaine. La pérennité de ces ressources représente un défi considérable, bien que certaines communautés soient à même de rendre leurs systèmes plus durables en appliquant différents modèles de gestion : petits opérateurs privés, comités communautaires ou sources privées. Les difficultés rencontrées pour pérenniser les systèmes ruraux doivent être prises en compte dans la riposte au choléra afin de hiérarchiser les réparations nécessaires par ordre de priorité et de mettre en place des dispositifs de gestion temporaire pour la durée de la riposte si les systèmes de gestion existants ne fonctionnent pas correctement.

Traitement de l'eau et stockage sûr au point d'utilisation (PoUWT&SS) – Ce dispositif confie aux ménages le contrôle de la sécurité de leur approvisionnement en eau et peut garantir des ressources en eau potable à un grand nombre de foyers, les aidant ainsi à se protéger contre le choléra pendant une épidémie. Les options de traitement de l'eau dans les ménages comprennent : l'ébullition et le filtrage de l'eau (filtre céramique, jarre en céramique, charbon actif), la chloration (liquide ou en pastilles), les combinaisons de coagulation/désinfection et la désinfection solaire. À l'échelle communautaire, la diversité des méthodes et des produits peut entraîner la confusion : il est donc important de sélectionner les plus appropriés au contexte et de diffuser des messages clairs sur les procédures et leur utilisation. Il est essentiel de garantir un approvisionnement individuel en eau aux familles, particulièrement chez les populations les plus à risque, ceci afin d'éviter des ruptures qui pourraient mettre en danger leur santé et leur sécurité. Par ailleurs, il est nécessaire de mettre en place des méthodes de stockage sûres pour la conservation de l'eau jusqu'à sa consommation. La formation et la communication devront mettre l'accent sur ces méthodes de stockage.

Les facteurs qui doivent être pris en compte dans la promotion du traitement de l'eau et du stockage sûr au point d'utilisation sont notamment les suivants :


- La nécessité de fournir des informations dans la langue locale, la formation de la population sur le traitement de l'eau à domicile, la mise en place d'un soutien de suivi et d'une surveillance et une garantie de mise à disposition d'équipements et consommables en quantité suffisante.
- Les actions de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation sont plus suivies dans les pays ayant déjà mis en place des programmes de ce type, lorsque des supports pédagogiques et de promotion dans la langue locale sont déjà utilisés et quand les produits sont bien connus des populations locales et que leur production peut être augmentée afin de satisfaire la demande supplémentaire pendant une épidémie de choléra (pour de plus amples informations sur les programmes existants, voir [CDC The Safe Water System](#) ).
- La nécessité de garantir la cohérence du message et de convenir d'une teneur résiduelle en chlore, notamment lorsque l'eau présente des niveaux élevés de turbidité.


Voir les **annexes 9A** et **9B** pour de plus amples informations sur les teneurs en chlore à utiliser pendant une épidémie de choléra, des discussions complémentaires sur les polémiques en la matière, les points forts et points faibles des solutions de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation et des recommandations sur l'approvisionnement en eau en zone rurale et urbaine et le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation.

Les agents de santé communautaire jouent un rôle clé dans la diffusion des messages et l'éducation de la communauté sur l'eau potable et les moyens de stockage sûr. Pour obtenir des informations supplémentaires, consulter le CDC, [Community Health Worker Training Materials for Cholera Prevention and Control, Modules 6, 7, 8, 9](#) .

La stratégie permettant d'atteindre les objectifs en matière d'eau relève **principalement de la responsabilité**: des autorités de l'eau, de l'administration locale/des autorités municipales (département de l'eau/département de la Santé), du secteur privé (petits fournisseurs d'eau), des communautés, des institutions et des foyers avec le soutien du Ministère de l'eau, du Ministère de la santé, de l'OMS, des organisations non gouvernementales locales (ONGL), des organisations non gouvernementales internationales (ONGI) et des autres organisations internationales (OI).


RESSOURCES CLÉS


Organisation Mondiale de la Santé (OMS), [Evaluation des options de traitement domestique de l'eau : objectifs sanitaires et spécifications portant sur les performances microbiologiques](#) Genève (2012). 


World Health Organization (WHO), [Water Safety Planning for Small Community Water Supplies](#), Geneva (2012). 


UNICEF RDC, Outils d'évaluation rapides WaSH 

UNICEF RDC, Réponse rapide aux mouvements de population - outils d'évaluation 

WASH Cluster Somalia, Guidelines for using a pool tester/residual chlorine comparator 

WASH Cluster Somalia, Sanitary survey for hand-dug wells and boreholes in Somalia 


World Health Organization (WHO) / Water, Engineering and Development Centre (WEDC), [Technical Notes on Drinking-Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. Number 11: Measuring chlorine levels in water supplies](#). (2011). 

World Health Organization (WHO) South East Asian Regional Office (SEARO), [Technical Notes for Emergencies, Number 11: How chlorine residual in water](#). (2005). 

9.3 Améliorer la sécurité et l'hygiène alimentaire

Sécurité et hygiène alimentaire dans les points de vente alimentaires et sur les marchés – L'alimentation peut être une source majeure de transmission de la bactérie du choléra. L'absence de lavage des mains avant la préparation des aliments, les aliments mal cuits, mal réchauffés et les restes de nourriture, les plats lavés dans de l'eau contaminée et la présence d'un grand nombre de mouches peuvent accroître le risque d'ingestion de la bactérie du choléra et donc de contamination. Il est donc primordial de préparer, cuisiner, stocker et servir les aliments en respectant certaines règles d'hygiène. La formation des personnes qui manipulent les aliments dans les points de vente alimentaires et sur les marchés ainsi que le contrôle de la qualité des aliments vis-à-vis des normes minimales d'hygiène sont des éléments critiques de la riposte au choléra. La sensibilisation du grand public aux normes élémentaires de sécurité alimentaire permet d'encourager efficacement ceux qui manipulent les denrées alimentaires à améliorer leurs pratiques.

Les agents de santé environnementale – Les agents de santé représentent généralement le Ministère de la santé, mais donnent la priorité aux interventions curatives plutôt qu'aux actions préventives et il arrive qu'ils doivent se satisfaire de ressources limitées pour faire leur travail correctement. Parce qu'ils sont des acteurs importants de la prévention, de la préparation et de la riposte au choléra, notamment en zone urbaine, ils doivent bénéficier de financements supplémentaires, mais également de formations, d'appui et d'actions collaboratives.

Sécurité et hygiène alimentaire dans les foyers, les institutions et lors des rassemblements – La promotion de la sécurité et de l'hygiène alimentaire dans les ménages, dans certains contextes institutionnels et dans les rassemblements (funérailles, mariages et autres événements) est une action hautement prioritaire et doit faire partie intégrante des efforts de communication, par divers moyens. Les aliments préparés et consommés dans un contexte institutionnel et lors des rassemblements présentent un risque particulier parce qu'en cas de contamination, il y a un risque élevé que beaucoup de personnes ingèrent la bactérie. Les personnes exposées au choléra lors de rassemblements de masse peuvent ramener la bactérie dans leurs foyers et transmettre la maladie à d'autres personnes dans d'autres endroits du pays. Pour de plus amples informations, voir le CDC, [Community Health Worker Training Materials for Cholera Prevention and Control, Module 10](#) .

Voir le **Chapitre 2** et l'**annexe 2A** pour des informations sur la survie du choléra dans les aliments et à différentes températures, et l'**annexe 9E** pour une présentation résumée des activités de préparation et de riposte au choléra dans un contexte institutionnel et lors de manifestations publiques.

La stratégie et les actions permettant d'atteindre ce résultat **relèvent principalement de la responsabilité**: du Ministère de la santé, de l'administration locale/des autorités municipales (département de la Santé/département de la santé environnementale), des propriétaires/gérants de restaurants, des commerçants présents sur les marchés, des responsables religieux et communautaires, des ménages, **avec le soutien de**: l'OMS, des ONGL, ONGI et OI.

RESSOURCES CLÉS

Somalia WASH cluster, '[Kitchen and Cooking Recommendations for Schools and Children Centres for Cholera Response](#)', Somalia 2011. 

Voir des exemples de **documents d'information, d'éducation et de communication (IEC) destinés aux vendeurs de produits alimentaires de plusieurs pays**. 

9.4 Améliorer l'accès à l'élimination hygiénique des excréments et son utilisation


L'élimination des excréments en zone urbaine – Dans les zones urbaines l'élimination des excréments pose un certain nombre de problèmes. La mise à disposition de latrines communales temporaires dans les lieux publics ou les institutions pendant la phase de riposte peut être la seule solution possible, compte tenu des financements disponibles. Toutefois, il faut du temps et énormément d'efforts pour les mettre en place, garantir leur bon fonctionnement et assurer leur entretien et leur nettoyage. On peut également promouvoir l'utilisation de latrines partagées. Alternativement, lorsque l'utilisation de sacs en plastique est courante ou qu'elle est mise en place comme mesure temporaire pour se débarrasser des excréments pendant une épidémie de choléra, leur collecte, leur transport et leur élimination définitive requièrent une grande vigilance afin que les excréments infectés par le choléra ne contaminent pas à nouveau l'environnement.

L'élimination des excréments en zone rurale – Pendant une épidémie de choléra, les efforts doivent se concentrer sur la réduction des pratiques de défécation à l'air libre et les autres habitudes sanitaires dangereuses, principalement par le biais de communications incitant à une évolution des comportements et à la mobilisation de la communauté. Les messages doivent se concentrer sur les actions que les populations doivent mettre en place immédiatement : par exemple, dans les zones rurales et même en périphérie urbaine, l'enfouissement des excréments (parfois appelée la « méthode du chat ») est souvent possible. Certains contextes spécifiques appellent parfois des actions supplémentaires comme la construction de latrines en cas d'épidémie épidémique dans un camp de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Les contraintes de temps sont souvent un obstacle à un approvisionnement adéquat et à l'utilisation de nouvelles latrines pendant une épidémie de choléra, d'où la nécessité fréquente de faire appel à d'autres méthodes d'élimination des excréments. On peut obtenir des résultats très satisfaisants par l'intermédiaire des groupes communautaires, des écoles et des établissements religieux, afin d'encourager la mise en place d'actions à l'échelle communautaire ou pilotées par les communautés visant à éliminer les pratiques de défécation à l'air libre et à promouvoir l'élimination sûre des excréments.

Entretien, nettoyage et lave-mains – Si des latrines existent, il faut veiller plus particulièrement à ce qu'elles soient utilisées, nettoyées régulièrement et équipées de lave-mains. En l'absence de latrines, il faut promouvoir d'autres formes d'élimination sûre des excréments : installation de lave-mains dans les foyers, lavage des mains au savon et à l'eau après défécation et/ou élimination des excréments pour les individus.

Accessibilité des aménagements d'évacuation des excréments – Des efforts doivent être mis en œuvre pour fournir des latrines publiques et institutionnelles séparées pour les hommes et les femmes et accessibles, à la fois en termes de distance et de conception adaptée aux personnes à mobilité réduite comme les personnes souffrant de handicap, les personnes âgées et les femmes enceintes.

Comprendre les réticences vis-à-vis de l'utilisation des latrines et les arguments à invoquer pour encourager une évolution des comportements

– Il ne suffit pas d'inviter les personnes à utiliser des latrines, d'autant plus si elles n'en ont pas l'habitude, pour que cette proposition soit appliquée. Il est important de comprendre les pratiques culturelles se rapportant à la défécation, aux excréments et à leur évacuation pour mieux cerner les réticences des populations à construire et utiliser des latrines. La formation du personnel basé dans les communautés (agents de vulgarisation, agents de santé communautaire, brigades de la santé, volontaires de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, etc.) doit contribuer à l'identification de ces obstacles et à la mise en place de comportements hygiéniques. Même si, pendant une épidémie épidémique, il n'est pas toujours aisé d'enquêter sur ces problèmes spécifiques à chaque communauté, il est possible de recueillir des informations pertinentes et de tirer les leçons des recherches préalables et des dispositifs d'évaluation et de surveillance pendant l'épidémie, ceci afin de mieux comprendre la problématique et d'envisager des solutions adéquates. Voir le CDC, [Community Health Worker Training Materials, Module 11](#) .

La capacité à identifier les arguments spécifiques qui motiveront les populations est essentielle pour réussir à faire évoluer les attitudes et les comportements vis-à-vis de l'utilisation des latrines. Dans les programmes d'assainissement total pilotés par la communauté (CLTS), les notions de choc et de dégoût communautaires ont été utilisées pour motiver les gens à exercer des pressions sur leurs pairs afin qu'ils changent de comportement. Toutefois, ces arguments doivent être employés avec prudence. Même si la méthode CLTS peut insuffler la motivation nécessaire, il arrive que les personnes et leurs familles y soient réticentes si elles se sentent déjà stigmatisées d'avoir contracté le choléra et d'avoir besoin de soins médicaux. Il est donc important de veiller à ce que les méthodes de communication ne soient pas dissuasives et qu'elles ne découragent pas les personnes à rechercher de l'aide et un traitement.

Voir le **annexe 9C** et le **chapitre 7** pour obtenir de plus amples informations sur la communication, l'évolution des comportements et la mobilisation.

La stratégie permettant d'assurer un environnement sans excréments relève **principalement de la responsabilité** : du Ministère de la santé, de l'administration locale/des autorités municipales (département de la Santé/département de la santé environnementale/départements de l'eau et de l'assainissement/département de l'éducation/département des travaux publics), des écoles (personnel et associations de parents et enseignants), des institutions religieuses, de la communauté (responsables et membres) **avec le soutien de** : l'OMS, les ONGL, ONGI et O

RESSOURCES CLÉS

OXFAM, [Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies](#), Technical Brief, (2009).

Access for all – Accessibility features for latrines, adapté d'un document du Tanzanie

World Health Organization (WHO) / Water, Engineering and Development Centre (WEDC), [Technical Notes on Drinking-Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. Number 10: Planning for excreta disposal](#) , [Number 13: Hygiene promotion](#) and [Number 14: Technical options for excreta disposal](#) (2011).

Harvey, P., [Excreta disposal in emergencies: A field manual](#), Inter-agency publication, WEDC. Loughbrough University, UK (2007).

9.5 Améliorer les pratiques de lavage des mains

Faciliter le lavage des mains au savon aux moments critiques grâce à des lave-mains installés à proximité des latrines, cuisines ou cantines fait partie des actions pratiques que peut soutenir l'ensemble des communautés (comme la construction de postes de lavage des mains à bas coût, également appelés « tippy-taps »). Les cendres sont également une solution alternative quand il n'y a pas de savon mais là encore, il sera nécessaire de discuter avec les membres de la communauté pour vérifier si cela est acceptable. Pour de plus amples informations sur la communication favorisant l'évolution des comportements et la promotion du lavage des mains, voir le **chapitre 7**. Voir également le CDC, [Community Health Worker Training Materials, Module 4](#) .

Les moments de la journée où le lavage des mains est critique

- Après être allé aux toilettes/latrines
- Après avoir nettoyé et changé un bébé
- Avant de manger
- Avant de donner à manger à un enfant

CONSEIL

La promotion et la facilitation du lavage des mains relèvent de **la responsabilité** du Ministère de la santé, de l'administration locale/des autorités municipales (département de la Santé/département de la santé environnementale), des agents communautaires de vulgarisation, des membres de la communauté, du personnel des restaurants, des commerçants sur les marchés, des fournisseurs d'eau, des écoles, **avec le soutien de** : l'OMS, les ONGL, ONGI et OI.

RESSOURCES CLÉS

USAID Hygiene Improvement Project, [Building a handwashing device](#).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), [How to make a tippy tap](#).

9.6 Désinfection des vomissures et excréments dans les foyers et les véhicules de transport

Pendant les épidémies de choléra, la literie, les vêtements et les autres surfaces, tels que les véhicules utilisés pour transporter les patients cholériques vers les établissements de santé, sont souvent souillés d'excréments et de vomissures. Leur désinfection est donc d'une importance capitale pour maintenir de bonnes conditions sanitaires.

De précédentes recommandations préconisaient des opérations de pulvérisation de chlore sous pression dans les habitations ou les véhicules.

Toutefois, ces procédés ne sont plus recommandés, car :

- Il n'existe aucune preuve de l'efficacité de ces pulvérisations pratiquées de manière exceptionnelle.
- De manière générale, l'équipe chargée des pulvérisations ne se rendra pas dans un foyer contaminé avant plusieurs jours après le début du choléra. Or, pendant ce laps de temps, les autres membres de la famille auront déjà été infectés.
- Les membres asymptomatiques ou convalescents d'un foyer peuvent être à l'origine de contaminations répétées des autres membres.
- Le procédé de pulvérisation peut stigmatiser une famille et endommager les biens du ménage. Ces deux inconvénients peuvent être très dissuasifs pour les ménages qui tarderont à recourir à un traitement pour les membres de la famille.
- Le procédé de pulvérisation d'un foyer nécessite des ressources considérables et le temps du personnel pourrait être mis à profit pour des actions plus efficaces.

Désinfection de la literie, des vêtements et des véhicules de transport utilisés par les patients cholériques


CONSEIL

- Les foyers touchés par le choléra ou des épisodes de diarrhées doivent soigneusement nettoyer leurs habitations à l'aide d'une solution diluée d'eau de Javel ou d'autres désinfectants ou encore à l'eau et au savon. Tous les articles lavés seront ensuite mis à sécher au soleil, dans la mesure du possible.
- La literie, les vêtements ou autres articles utilisés par les patients cholériques ne doivent pas être lavés à l'intérieur ou à proximité d'une source d'eau courante propre ou d'un réservoir de stockage d'eau salubre.
- L'intérieur des véhicules utilisés pour transporter des patients cholériques doit être lavé à l'aide d'une solution diluée d'eau de Javel dès que le patient a quitté le véhicule.
- Des informations et, dans la mesure du possible, le matériel nécessaire pour désinfecter les habitations seront fournis aux ménages. Ce matériel pourra également être confié aux responsables de la communauté afin qu'ils les distribuent aux familles touchées suivant les besoins.
- Des informations sur les bonnes pratiques de désinfection des habitations peuvent être fournies en accompagnement des autres informations relatives au traitement de l'eau et au stockage sûr au point d'utilisation, au lavage des mains et à l'hygiène alimentaire.

Voir l'**annexe 9B**: *Traitement de l'eau et stockage sûr au point d'utilisation pour plus d'informations sur le dosage des désinfectants.*

Cette **responsabilité** relève du Ministère de la santé, de l'administration locale/ des autorités municipales (département de la Santé/département de la santé environnementale), des agents de vulgarisation communautaires, des responsables de la communauté et des ménages.

RESSOURCES CLÉS


Interagency draft document, Position paper against chlorine spraying at households of cholera patients. Draft developed during the Cholera epidemic in Haiti 2011. 

9.7 Promotion des règles de sécurité en matière de manipulation des cadavres

Les rites funéraires relèvent de pratiques culturelles et religieuses importantes qui aident les familles endeuillées à supporter la perte d'un être cher. Lors des épidémies de choléra, il est parfois nécessaire de suspendre temporairement ou d'adapter ces pratiques traditionnelles et locales afin de minimiser les risques de transmission lors des cérémonies :

- Les dépouilles de personnes décédées des suites du choléra présentent un risque de transmission dû principalement aux pertes de liquides corporels qui contiennent des concentrations importantes de la bactérie du choléra.
- Les membres de la famille qui préparent le corps avant sa présentation et son inhumation peuvent également participer à la préparation du repas donné à l'occasion des obsèques.
- Lors de ces rassemblements communautaires, de la nourriture est souvent proposée à un grand nombre de personnes et il arrive que les mesures d'hygiène alimentaire appropriées ne soient pas respectées.
- Les aliments préparés peuvent fournir un milieu de culture pour la bactérie du choléra.
- Certaines pratiques funéraires courantes qui consistent à toucher ou embrasser la personne décédée facilitent la transmission.
- Les personnes qui parcourent de grandes distances pour assister à des obsèques peuvent contracter la maladie et transmettre le choléra à d'autres régions du pays une fois de retour chez elles.

Une approche sociale participative est nécessaire pour permettre aux proches de faire leur deuil en toute sécurité, mais l'interdiction des rassemblements funéraires exacerberait la stigmatisation associée au choléra. Il convient donc de consulter les responsables communautaires et religieux afin d'identifier les risques et de les atténuer en encourageant l'adoption de pratiques sûres.


Voir la **section 2.4** sur les préjugés et croyances liés au choléra, qui propose des éléments de discussion sur les risques relatifs lors des funérailles tels qu'ils ont été rapportés dans différentes régions du monde ainsi que l'**annexe 9D** pour de plus amples renseignements sur les mesures de sécurité et d'hygiène préconisées lors des funérailles de personnes décédées des suites du choléra. Pour des informations complémentaires, voir le CDC, [Community Health Worker Training Materials for Cholera Prevention and Control, Module 12](#) .

Cette **responsabilité** relève du Ministère de la santé, de l'administration locale/ des autorités municipales (département de la santé), des travailleurs sociaux, des responsables communautaires et religieux et des ménages.

RESSOURCES CLÉS

Somalia WaSH Cluster, Guidance provided for people at funerals. Somalia (2011) 

Funeral guidelines for cholera, Zimbabwe 

World Health Organization (WHO) / Water, Engineering and Development Centre (WEDC) Technical Notes on Drinking-Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. Number 8: Disposal of dead bodies (2011). 

9.8 Approvisionnement en fournitures/produits non alimentaires

Les produits tels que le savon, les désinfectants, les bidons d'eau à goulot étroit ou autres produits non alimentaires peuvent être utiles aux ménages pendant une épidémie de choléra et leur permettre de maintenir de bonnes pratiques d'hygiène. Toutefois, il est important de tenir compte des ressources du programme (fonds disponibles), des dispositifs de transport et de distribution, de la taille de la population bénéficiaire et de la durée de vie de ces fournitures.

Sans un appui logistique adéquat, il peut être très difficile de distribuer de grandes quantités de fournitures et de produits non alimentaires. Les ONG importantes ont parfois les ressources nécessaires pour gérer ce processus efficacement et rapidement pour les plus petites communautés. Toutefois, les gouvernements nationaux et locaux qui ont la responsabilité des populations les plus nombreuses seront inévitablement confrontés au manque de fonds nécessaires pour fournir des produits non alimentaires en quantité suffisante et coordonner le transport et l'approvisionnement en carburant et en personnel pour leur distribution.

Une stratégie adaptée consisterait donc à cibler efficacement les produits non alimentaires pour atteindre :

- les familles vivant dans des zones particulièrement à haut risque ;
- les communautés où une épidémie épidémique a déjà commencé ou une région voisine ;
- les familles ou sous-groupes particulièrement vulnérables au sein des communautés ;
- les écoles et autres institutions publiques comme les centres de protection de l'enfance, les postes d'alimentation, les prisons, etc. ;
- des installations spécifiques mises en place en appui à la riposte au choléra, comme les points de réhydratation orale.

Voir l'**annexe 9G** *Approvisionnement en fournitures/produits non alimentaires* pour des recommandations sur la sélection et la distribution.

Cette **responsabilité** relève du *Ministère de la santé, de l'administration locale/des autorités municipales (département de la Santé), du secteur privé, des responsables communautaires et religieux et des ménages*

RESSOURCES CLÉS

Global WASH cluster. WASH related non-food items. A briefing paper. (2007). 



9.9 Respect des règles de santé environnementale sur les marchés et dans les lieux publics

Les déchets solides peuvent présenter un risque significatif pour la santé à proximité des marchés et des boutiques du fait qu'ils attirent les mouches et les animaux nuisibles et obstruent les systèmes d'évacuation. Si elles ne sont pas en mesure de garantir le fonctionnement correct des systèmes d'évacuation permanents, les autorités municipales doivent donner la priorité aux périodes où le risque de choléra est le plus important, en assurant l'élimination des déchets et en maintenant la propreté des systèmes d'évacuation. Des campagnes communautaires de nettoyage ciblant les places de marché et les évacuations à proximité des points de vente alimentaires peuvent également être lancées avec l'aide de responsables communautaires motivés. La fourniture d'outils et d'équipements de protection peut encourager les communautés à agir.

Une attention particulière doit être portée à l'élimination des déchets solides qui pourraient contenir des sacs d'excréments (appelés « toilettes volantes »). Si possible, il convient de prévoir des systèmes de collecte, de traitement et d'élimination séparés et dédiés pour ces sacs en plastique.

Cette **responsabilité** relève du *Ministère de la santé, de l'administration locale/des autorités municipales (département de la Santé, département de la santé environnementale, département de l'assainissement), des commerçants sur les marchés, des responsables communautaires et des groupes d'action.*

9.10 Riposte au choléra dans les institutions et autres lieux publics


Dans le cadre de la riposte au choléra, les lieux de rassemblement nécessitent une attention particulière car ils peuvent, en l'absence de mesures, engendrer des risques supplémentaires de transmission du choléra. Parallèlement, ils permettent de diffuser plus facilement des informations sur les bonnes pratiques et d'inciter les membres de la communauté à agir.

Des activités spécifiques de riposte doivent être mises en place dans les institutions et les lieux publics. L'un des tableaux de l'**annexe 9G** : *Actions de lutte contre le choléra dans les institutions ou les lieux publics* résume les actions entreprises par les institutions ou les établissements suivants :

- les écoles, universités et autres établissements de formation (Fiche d'orientation : préparation pour les établissements scolaires, les garderies et espaces dédiés aux enfants, Somalie 2011) ;
- les centres d'alimentation (Fiche d'orientation : préparation au choléra et riposte pour les établissements de santé et centres alimentaires, Somalie 2011) ;
- les camps de réfugiés ou personnes déplacées à l'intérieur du pays ;
- les centres de soins ou centres de protection de l'enfance (Fiche d'orientation : préparation pour les établissements scolaires, les garderies et espaces dédiés aux enfants, Somalie 2011) ;
- les prisons.

Les informations de l'**annexe 9E** peuvent être adaptées pour être utilisées dans d'autres institutions ou établissements publics comme les institutions religieuses, la police ou les casernes militaires, les lieux d'exposition, les lieux de travail, etc. Le cas des places de marché et points de vente alimentaires a déjà été traité aux **sections 9.3, 9.4 et 9.9**.

RESSOURCES CLÉS



Organisation Mondiale de la Santé (OMS), [Directives pour la qualité de l'eau de boisson](#) 3ème ed. Genève (2004). 4ème éd. disponible en anglais. (2011) 

9.11 Prise en charge communautaire des patients

Le rôle des agents de santé communautaire peut consister à :

- fournir des données pour la préparation et la planification de la riposte et servir d'intermédiaire avec la communauté ;
- communiquer les messages de prévention et de contrôle (voir **chapitre 7**)
- mobiliser la communauté (voir **chapitre 7**)

- fournir des services et produits de base pour garantir la salubrité de l'eau (distribution d'aquatabs par exemple), l'hygiène (savon) et l'assainissement (voir **chapitre 9**)
- détecter, évaluer, traiter et orienter les patients cholériques au sein de la communauté et à domicile et assurer le contrôle de l'infection (voir **chapitre 9**)
- soutenir la mise en place et la gestion des services des points de réhydratation orale (voir **chapitre 8**)
- surveiller et rendre compte des activités liées au choléra (voir **chapitres 3 et 9**).

Voir les documents de formation des agents de santé communautaire du CDC pour la prévention et le contrôle du choléra en [anglais](#)  et les diapositives de formation en [français](#)  qui présentent les principaux messages de prévention et de contrôle du choléra, les modules de formation sur la mobilisation communautaire, les actions en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement, l'utilisation des SRO, la prévention de la stigmatisation des malades, et comprennent des fiches d'éducation communautaire et des diapositives de formation PowerPoint, ainsi que l'**annexe 8F**.

9.11.1 Traitement des patients au sein de la communauté

Les agents de santé communautaire peuvent jouer un rôle significatif dans la détection, l'évaluation et le traitement du choléra au sein de la communauté et des foyers. Comme ils vivent généralement dans la communauté dans laquelle ils travaillent, les agents de santé communautaire sont souvent en première ligne lors d'une épidémie. Ils sont les premiers à constater les cas de diarrhée aqueuse aiguë et à encourager une prise en charge précoce des patients, assurant ainsi leur survie, la rapidité étant un facteur critique. Il est donc important d'identifier ces agents de santé communautaire, de les former, de leur fournir les équipements nécessaires et d'assurer leur supervision avant une épidémie de choléra, pendant la phase de préparation et pour les activités de prévention courantes. Quand l'épidémie survient, ils peuvent être mobilisés en appui aux activités de contrôle du choléra.

Les agents de santé communautaire rencontrent les patients dans le cadre de leurs fonctions de routine comme la prise en charge communautaire intégrée des patients (iCCM), dans le cadre des visites à domicile ou dans les points de réhydratation orale mis en place pendant une épidémie. En tant que premier point de contact ou dans les régions où les installations de traitement n'existent pas, les agents de santé communautaire peuvent :

- identifier les diarrhées aqueuses aiguës et les signes de déshydratation (voir **chapitre 8**)
- traiter les formes légères de choléra en réhydratant les patients avec des SRO et une supplémentation en zinc. Pour de plus amples renseignements, voir l'**annexe 8C** : le chapitre 8 pour des conseils en matière de réhydratation et

Question

Demandez au patient s'il/elle a souffert de diarrhées liquides aujourd'hui.

Non

Oui

Réponse

Si le patient vous répond que NON, il/elle n'a pas eu de diarrhées liquides aujourd'hui

1. lui communiquer des informations sur le choléra
2. lui communiquer des informations sur la préparation et l'utilisation des SRO
3. lui remettre 3 sachets de SRO
4. demander au patient de préparer immédiatement des SRO, de commencer à en boire et de retourner à l'établissement de soins ou au CTC s'il/elle souffre de nouvelles diarrhées

Réponse

Si le patient répond que OUI, il/elle a eu des diarrhées liquides aujourd'hui et s'il fait JOUR

1. préparer des SRO dans 1 flacon d'un litre
2. procurer des SRO au patient et lui en administrer fréquemment
3. lui communiquer des informations sur le choléra
4. lui communiquer des informations sur la préparation et l'utilisation des SRO
5. déterminer si le patient peut se rendre à l'établissement de santé ou au CTC le plus proche. Voir ci-dessous

Réponse

Si le patient répond que OUI, il/elle a eu des diarrhées liquides aujourd'hui et s'il fait NUIT

1. préparer des SRO dans 1 flacon d'un litre
2. procurer des SRO au patient et lui en administrer fréquemment
3. lui communiquer des informations sur le choléra
4. lui communiquer des informations sur la préparation et l'utilisation des SRO
5. remettre 5 sachets de SRO aux membres de sa famille
6. donner des consignes à la famille pour que le patient boive des SRO toute la nuit
7. demander aux membres de la famille d'emmener la personne dans un établissement de santé ou un CTC dès le lever du jour en emportant des SRO que le patient boira pendant le trajet
8. renvoyer le patient passer le reste de la nuit chez lui (si l'établissement de santé ferme la nuit).

Si le patient confirme que OUI, il/elle est capable de se rendre à l'établissement de soins ou CTC

1. si le patient met plus d'une heure pour s'y rendre, lui remettre 3 sachets de SRO
2. s'assurer que le patient se munisse d'eau potable pour se rendre à l'établissement de santé ou le CTC le plus proche
3. s'il n'y a pas d'eau potable, utiliser l'eau disponible
4. recommander au patient de boire souvent des SRO
5. demander au patient de continuer à boire des SRO pendant le trajet jusqu'à l'établissement de santé ou le CTC

Oui

Si NON, le patient n'est PAS capable de se rendre dans un établissement de soins ou CTC

1. procurer des SRO au patient et lui en administrer fréquemment ;
2. lui remettre 5 sachets de SRO ;
3. la famille doit s'assurer que le patient boive des SRO toute la nuit.
4. Donner des consignes à la famille pour que le patient boive des SRO jusqu'à ce que cessent les diarrhées.
5. avec l'aide de la famille, essayer de transporter le patient vers l'établissement de santé ou le CTC le plus proche ;
6. les agents de santé communautaire doivent vérifier l'état du patient à domicile dans un délai de 2 heures

Non

CDC, [Community Health Worker Training Materials for Cholera Prevention and Control, Module 5](#)  pour les agents de santé communautaire

- assurer la survie des patients grâce à une réhydratation précoce et en transférant les cas les plus graves dans les établissements de santé ;
- réduire l'engorgement des autres centres de traitement du choléra comme les CTC/STC.

Par exemple, les agents de santé communautaire appliquent un processus assez similaire à celui décrit dans le graphique suivant, qui peut être utilisé pour l'évaluation et le traitement des diarrhées aqueuses aiguës avec des SRO mais également une supplémentation en zinc.

Prise en charge des malades à leur domicile

La réhydratation précoce des malades et le maintien de l'hygiène pour éviter la propagation de la maladie sont deux aspects critiques. Les agents de santé communautaire dispenseront des recommandations aux familles sur la façon d'utiliser les SRO, de nourrir correctement les nourrissons et les enfants, sur la façon de déceler les signes de danger et de reconnaître quand le patient doit être amené dans un centre de traitement, et sur les règles de propreté et d'hygiène dans les habitations, afin de réduire la propagation du choléra dans les foyers et la communauté grâce à des mesures efficaces portant sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

9.11.2 Surveillance et communication de l'information sur les activités liées au choléra

Les agents de santé communautaire participent largement à la détection et au signalement des rumeurs afin de communiquer d'éventuelles alertes (voir **chapitre 3**) et à la surveillance constante des activités liées au choléra. Un nombre considérable de données sur les malades et personnes décédées n'est pas signalé, car les populations n'ont pas forcément recours aux soins ou n'y ont pas accès. Grâce à l'utilisation de téléphones mobiles, les agents de santé communautaire peuvent rapidement signaler une alerte afin qu'elle soit immédiatement vérifiée. Ils peuvent également recevoir un formulaire de signalement simple pour les visites dans la communauté ou les foyers. Voir l'**annexe 9F** qui présente un modèle de formulaire de surveillance communautaire permettant de recenser les malades et les décès. Des informations supplémentaires peuvent être ajoutées comme le traitement dispensé, l'âge et le sexe. Ces données devront être communiquées à l'établissement de santé afin d'être enregistrées dans le dispositif de surveillance national et à l'échelle du district.

9.11.3 Équipes mobiles

Les équipes communautaires composées d'agents de promotion de la santé et de l'hygiène sont semblables aux agents de santé communautaire tels que nous les avons décrits. Ces équipes peuvent communiquer certains messages, veiller à ce qu'ils soient bien compris et les renforcer et s'assurer que les mesures

de prévention ont été mises en place au sein des foyers. Elles contribuent également à l'identification et au signalement des nouveaux cas, font en sorte qu'ils soient rapidement traités et les transfèrent si nécessaire. Pour finir, elles alimentent le dispositif de surveillance.

9.12 Responsabilité vis-à-vis des communautés

Il est important de mettre en place un dispositif de communication régulière avec les communautés afin de les maintenir informées et de leur permettre de comprendre les situations et d'identifier les réussites et les problèmes rencontrés dans le cadre de la riposte (difficultés à atteindre certains groupes, préjugés et fausses idées, interventions de qualité médiocre des partenaires) y compris en les intégrant davantage dans la mise en œuvre de solutions à l'échelle communautaire.

La tenue régulière (hebdomadaire puis mensuelle) de discussions avec les différents groupes cibles est utile et peut être remplacée par l'utilisation de boîtes à idées, d'appels téléphoniques de suivi ou un dispositif de recueil des plaintes.

Les actions visant à améliorer la responsabilité vis-à-vis des populations affectées doivent être intégrées dans tous les accords de partenariat.



10 Procédures de l'UNICEF pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence



10.1 Présentation de ce chapitre

Ce chapitre présente les procédures spécifiques de l'UNICEF pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence visant à compléter et rendre opérationnelles les activités et interventions proposées dans les précédents chapitres de ce Toolkit. Bien que certains éléments et le raisonnement sur lequel ils s'appuient puissent également s'appliquer à d'autres organisations, la plupart des points abordés, liens et ressources ont pour objectif d'orienter le personnel de l'UNICEF et portent sur les processus internes de l'UNICEF.

Des circonstances exceptionnelles, comme les épidémies de choléra, appellent une réponse exceptionnelle, qui peut dépasser le cadre des procédures opérationnelles et des processus standards du Bureau de pays (BP) de l'UNICEF. La mise en œuvre des lignes directrices globales et des instructions administratives à l'échelle du pays est flexible et dépend habituellement de l'interprétation qui en est faite localement et des décisions individuelles.

Toutefois, le fait qu'un bureau de pays de l'UNICEF n'ait pas connaissance d'une procédure spécifiée ne signifie pas nécessairement qu'elle n'est pas pertinente ou qu'elle ne peut pas être utilisée. La collaboration entre les divisions des ressources humaines, des opérations/de l'approvisionnement et les autres divisions et fonctions sur la recherche de solutions est déterminante dans les activités de préparation. Par ailleurs, les activités de plaidoyer et de lobbying auprès de la direction sont recommandées afin que les dispositifs et procédures soient adaptés le mieux possible afin d'améliorer la capacité de l'UNICEF à assurer une riposte rapide à une situation d'urgence.

Liste des annexes

Annexe 10A Termes de Référence pour le personnel Santé/WASH

Interventions dans les situations d'urgence de niveau 3

Des procédures opérationnelles standard simplifiées (POSS) pour les situations d'urgence de niveau 3 et 2. Elles ont comme objectif de rationaliser, de simplifier et de clarifier les procédures de l'UNICEF et de permettre une réponse effective aux urgences majeures.

Niveau 3 (L3) : l'ampleur de l'urgence est telle qu'une mobilisation à l'échelle de l'organisation est nécessaire. Des POSS pour les situations d'urgence de niveau 3 ont été publiées par le Directeur Exécutif le 6 mars 2012.

Niveau 2 (L2) : des situations où l'ampleur de l'urgence est telle que le Bureau de pays a besoin d'un appui supplémentaire et en priorité de la part des autres parties de l'organisation (le Siège, les Bureaux de pays et Bureaux régionaux) pour répondre à la situation et lorsque que le Bureau régional doit fournir un leadership dédié et un soutien. Des POSS pour les situations d'urgence de niveau 2 ont été publiées par le Directeur Exécutif le 24 janvier 2013.

Les deux POSS sont disponibles à l'adresse suivante : intranet.unicef.org/emops/emopssite.nsf/root

CONSEIL

10.2 Ressources humaines

Les situations d'urgence comme les épidémies de choléra nécessitent toujours une quantité considérable de ressources supplémentaires diverses. La mise à disposition de personnel doit donc être planifiée en conséquence afin de satisfaire cette demande supplémentaire. Les paragraphes suivants abordent différentes solutions permettant d'augmenter les ressources humaines lors d'une riposte à une situation d'urgence, y compris pendant les épidémies de choléra.

10.2.1 Ressources humaines nécessaires lors d'une épidémie

La **section 6.4** de ce Toolkit définit les différents types de personnels clés susceptibles d'être requis pendant une épidémie de choléra. Les domaines particuliers dans lesquels l'UNICEF peut être amené à s'impliquer sont :

- l'appui au gouvernement et aux partenaires afin d'identifier les besoins en ressources humaines y compris le détachement du personnel UNICEF auprès du gouvernement ;
- le financement de personnel travaillant à divers niveaux, par le biais de conventions de partenariat, fonctionnant à divers niveaux ;
- l'embauche directe de personnel travaillant avec l'équipe de l'UNICEF ou comme soutien au gouvernement ou à d'autres partenaires

Une proposition de liste de professionnels clés que l'UNICEF et les partenaires pourraient recruter dans le cadre de la riposte au choléra en situation d'urgence est présentée ci-dessous :

Coordination et gestion de l'information :

- Coordonnateur des secours d'urgence pour la réponse au choléra (intersectorielle)
- Le responsable de la gestion de l'information

Programmes :

- Coordinateur WASH (concentration sectorielle)
- Coordinateur Santé (concentration sectorielle)
- Responsable WASH (concentration sur les programmes)
- Spécialiste en épidémiologie
- Spécialiste en gestion de cas
- Spécialiste de l'hygiène/Specialiste de la Communication pour le développement (C4D)
- Spécialiste de l'assainissement
- Spécialiste de l'eau (approvisionnement en eau et qualité de l'eau)

Opérations :

- Responsable de l'administration dédié
- Directeur financier dédié
- Logisticien

Les fiches de poste correspondantes sont présentées dans l'**annexe 10A**; Elles peuvent être adaptées, si nécessaire, en fonction des besoins et des conditions

locales. Selon l'étendue et l'urgence de l'épidémie épidémique, d'autres postes pourront être nécessaires pour assurer la coordination infranationale et les relations avec les médias et d'autres fonctions, ou pourront être intégrés aux descriptifs des postes existants. Il convient de garder à l'esprit qu'il faut un assistant de programme pour cinq à huit membres du personnel professionnel : ces postes doivent donc être intégrés dans les besoins en ressources humaines. D'autres besoins liés à l'augmentation du personnel, comme les fournitures et meubles de bureau et l'hébergement du personnel doivent être pris en compte par le bureau de pays de l'UNICEF.

10.2.2 Modalités d'augmentation des ressources humaines destinées à la riposte aux situations d'urgence à l'UNICEF

Pour augmenter la capacité en ressources humaines dans le cadre de la riposte à une épidémie de choléra, les solutions suivantes permettent d'obtenir du personnel supplémentaire en soutien :

Redéploiement interne

- **Redéploiement dans le pays** – C'est la solution la plus rapide à mettre en place lorsqu'il existe des bureaux auxiliaires et du personnel qui peut être appelé en renfort. Dans ce cas, la décision est prise en interne par le bureau de pays et permet d'éviter des retards dus à des problèmes externes comme les demandes de visa.
- **Le déploiement de renforts d'autres bureaux de l'UNICEF** – Cette solution peut être rapide et concerne le personnel expérimenté de l'UNICEF, généralement à moindre coût. Le personnel de renfort provient des Bureaux de pays (ce qui nécessite l'autorisation spéciale du représentant du Bureau de pays appelé en renfort), des bureaux régionaux et du siège (déploiement pour une aide dans le pays, notamment pour mettre en place la riposte).

Note: certaines régions ont mis en place des mécanismes régionaux de riposte dans lesquels le personnel de l'UNICEF venant des bureaux régionaux et nationaux a été « préalablement certifié et autorisé » pour le déploiement d'urgence afin de garantir la rapidité de la mobilisation.

Pour les urgences de niveau 3, une équipe d'intervention immédiate sera mise à disposition à l'échelle mondiale afin de fournir un appui au pays sur le principe du « sans regret » pendant une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Partenariats pour le déploiement de personnel d'appoint

Il peut être nécessaire de détacher du personnel technique issu de partenariats mondiaux (par l'intermédiaire du Bureau des programmes d'urgence EMOPS). En plus, les détachements issus de partenaires nationaux sont aussi possibles au travers d'accords de coopération relatifs à un projet (PCA). Ces détachements permettent d'obtenir assez rapidement des ressources humaines supplémentaires dans les situations d'urgence. Néanmoins, les

détachements de partenaires d'appoint nationaux doivent être décidés et organisés à l'avance dans le cadre des activités de préparation.

Des informations supplémentaires sur le mécanisme de partenariat pour le déploiement de personnel d'appoint et les moyens d'y accéder à l'échelle du pays sont disponibles à l'adresse suivante : www.intranet.unicef.org/Emops/EMOPSSite.nsf/root/Page091103

En ce qui concerne les fonctions de coordination, le groupe sectoriel mondial sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) dispose d'une équipe d'intervention rapide qui peut fournir une aide supplémentaire pour la coordination du groupe et la gestion des informations dans le cadre du mécanisme de partenariat pour le déploiement de personnel d'appoint susmentionné. Voir la [brochure sur L'Équipe d'intervention rapide du Cluster WASH](#) pour plus de détails.

Recrutement externe

L'UNICEF a également la possibilité de recruter des ressources humaines supplémentaires par le biais d'offres de contrats individuels ou institutionnels, d'accords de services spéciaux (SSA), de missions temporaires (TA) ou de contrats à durée déterminée (FT).

Les contrats individuels ou institutionnels sont la solution la plus simple et la plus rapide, même si les professionnels engagés dans le cadre de cette modalité de contrat n'ont pas autorité pour gérer les systèmes administratifs internes de l'UNICEF. Bien que l'organisation soit en passe de réduire la durée du processus d'embauche, la mise en place d'une mission temporaire peut prendre de 4 à 6 semaines à partir de la date de la demande de personnel. Quant aux contrats à durée déterminée, il faut compter 6 mois ou plus pour pourvoir les postes. Le recours à ce type de recrutement en situation d'urgence est donc limité.

Même si le Bureau de pays dirige le processus, la Division des ressources humaines (DRH) du siège peut lui apporter son aide, y compris en identifiant les candidats potentiels, notamment par le biais du **fichier mondial des candidats externes présélectionnés (GWR)**. À partir de ce fichier, les personnes « aptes sur le plan technique » pourront être recommandées au Bureau de pays qui invitera ensuite les candidats intéressés à postuler pour les postes identifiés. Comme pour tout autre type de contrats, les règles et règlements des DRH s'appliquent.

Pour finir, les contrats individuels ou institutionnels, les contrats de missions temporaires ou les contrats à durée déterminée nécessitent des mandats clairs et/ou des descriptifs de poste détaillés. En ce qui concerne la lutte contre le choléra dans les situations d'urgence, il est vivement recommandé qu'un bureau de l'UNICEF dans un pays présentant un risque élevé de épidémie épidémique prenne les devants en identifiant les profils les plus susceptibles d'être sollicités et qu'il prépare les fiches de poste correspondantes.

En outre, au moment de la rédaction de la fiche de poste ou du descriptif et de la demande de déploiement, il est important de mentionner la durée de la mission (avec les dates estimées), le niveau d'encadrement et les rapports hiérarchiques du personnel demandé dans la communication initiale afin d'éviter tout retard de traitement. Une liste de postes clés pour la préparation et la réponse au choléra est disponible dans la [section 10.2.1](#) et un modèle de Termes de Référence dans l'[annexe 10A](#).

10.2.3 Renforcer les capacités de l'UNICEF dans la lutte contre les épidémies de choléra

Pour soutenir efficacement le gouvernement d'un pays, le personnel de l'UNICEF doit déjà posséder une capacité de préparation et d'intervention. Le tableau 12 identifie les catégories de personnel de l'UNICEF qui doivent posséder ces capacités, les compétences fondamentales requises et les formations nécessaires.

La [section 6.4.3](#) identifie les étapes nécessaires pour mettre en place les capacités dans le pays, identifier les besoins de renforcement des capacités et mettre au point un plan de renforcement des capacités. L'[annexe 6F](#) présente les exigences de formation pour le personnel clé et l'[annexe 6G](#) expose les méthodes de renforcement des capacités et fournit des exemples de formation et de supports.





RESSOURCES CLÉS

[International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh \(ICDDR, B\), Cholera Outbreak Training and Shigellosis \(COTS\). The Whole Programme](#) 

[UNICEF, Recruitment and staffing in emergency situations \(Executive. Dir. CF/EXD/2010-005\)](#) 

[UNICEF, What are Stand-by Resources? \(UNICEF INTRANET\)](#) 

[UNICEF's Corporate Emergency Activation Procedure \(Executive Directive CF/EXD/2011-011\)](#)

- UNICEF's Corporate Emergency Activation Procedure (Ex. Dir. CF/EXD/2011-011) 
- Simplified Standard Operating Procedures (SSOPs) for Level 3 Emergencies 
- Enhancing UNICEF's response to L2 emergencies (Ex. Dir. CF/EXD/2013-003) 
- Simplified Standard Operating Procedures (SSOPs) for Level 2 Emergencies 

[Human Resources in Emergencies \(UNICEF intranet webpage\)](#)

Tableau 12 Capacité exigée du personnel de l'UNICEF pour la préparation et la riposte au choléra

Catégorie de personnel	Compétences principales exigées	Formation requise	Ressources disponibles
Équipe de gestion du pays et personnel logistique	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences d'encadrement pour la collaboration entre les acteurs de Santé, WASH et autres • Logique propice à la prise de décisions pour les actions prioritaires • Aptitude à stimuler la réactivité des systèmes de l'UNICEF • Maîtrise des spécifications pour l'approvisionnement des produits clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances de base sur la préparation et la riposte au choléra • Politiques et document d'orientation de l'UNICEF relatifs au choléra • Connaissances d'informations récentes sur les vaccins pertinents • Liens entre la programmation pour les situations d'urgence et le développement 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce CholeraToolkit de l'UNICEF, les ressources complémentaires comprises • Le webinaire de l'UNICEF sur le choléra (qui sera mis au point après la réalisation du Toolkit) • Les lignes directrices existantes sur le choléra (OMS, MSF, COTS) (disponibles dans les ressources complémentaires). • Les documents de formation du secteur (voir la liste non exhaustive dans l'annexe 6G). • Les simulations des situations d'urgence. • Formation institutionnelle existante en rapport avec le choléra comme l'ICDDR, B
Chefs de section et responsables de programme (WASH, Santé, Nutrition, Protection, Éducation, Communication pour le développement [C4D])	<ul style="list-style-type: none"> • Encadrement • Facilitation et coordination • Élaboration de stratégies et plans de communication • Compétences d'encadrement et de renforcement des capacités • Suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances de base sur la préparation et la riposte au choléra • Actions de préparation et de lutte contre le choléra liées à la santé et à l'eau, l'hygiène et l'assainissement • Interventions spécifiques au contexte 	

10.3 Dispositifs de mise en œuvre de l'UNICEF pour la riposte générale aux situations d'urgence

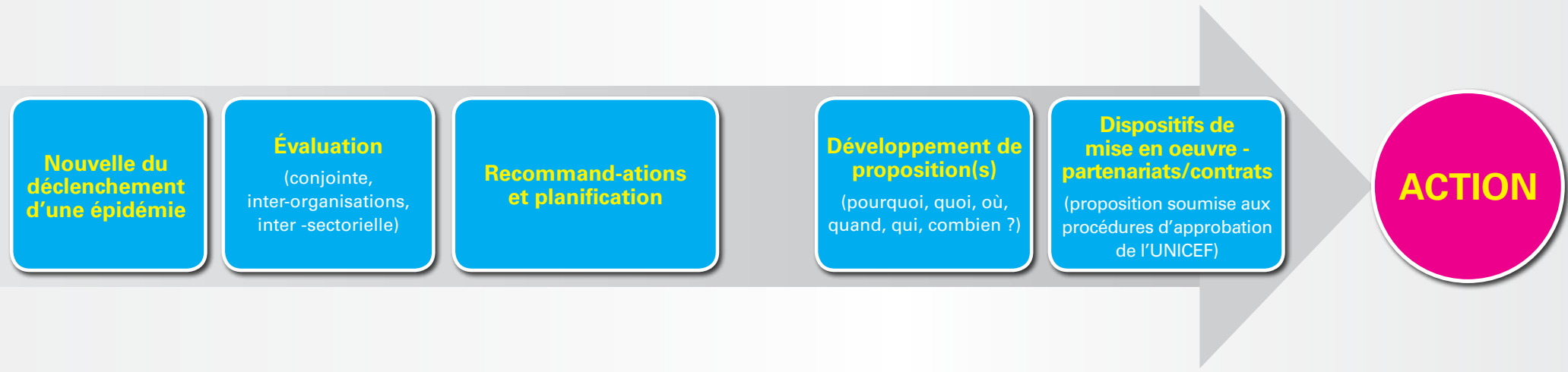
Il est capital de comprendre les dispositifs permettant de mettre en œuvre la riposte aux situations d'urgence au sein de l'UNICEF, afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour les femmes et les enfants et afin d'honorer les Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire.

La fourniture d'une réponse programmatique de l'UNICEF (pour les urgences ainsi que pour le développement) est largement tributaire de la capacité des partenaires nationaux et internationaux chargés de leur mise en œuvre, y compris les organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG), les organisations de la société civile (OSC) et les sous-traitants. Le plan de préparation de l'UNICEF devra donc identifier les partenaires les plus adaptés avant toute situation d'urgence ainsi que les activités susceptibles d'améliorer leur capacité à intervenir.

Tous les dispositifs de mise en œuvre sont régis par l'**Accord de base de coopération (BCA)** signé entre l'UNICEF et le gouvernement d'accueil. Le BCA constitue le fondement juridique de la présence de l'UNICEF dans un pays, sa coopération au programme, les procédures inhérentes au programme et son droit d'observer toutes les phases du programme, y compris les situations d'intervention d'urgence.

En ce qui concerne le transfert des ressources pour la mise en œuvre, l'UNICEF ne dispose que d'un nombre limité d'options dont le choix dépend du type d'organisation avec qui l'UNICEF est en rapport, ainsi que de la nature des résultats attendus de cette relation.

Le transfert des ressources à un partenaire gouvernemental est effectué dans le cadre du programme de travail annuel signé avec l'UNICEF. Il s'agit d'une option relativement rapide pour le transfert des fonds et la mise en œuvre dépend de la capacité du gouvernement.



La mobilisation des ONG est possible par le biais de trois options différentes : un **accord de coopération relatif à un projet (PCA)** et sa déclinaison à moindre échelle, l'accord de financement à petite échelle (SSFA), un **contrat institutionnel**; ou un **accord à long terme (LTA)**.

Chacune de ces options présente des avantages et des inconvénients dont il faut tenir compte lors du choix de la solution la plus appropriée à une situation donnée. On notera que **lors d'une riposte**, le recours à un accord à long terme (LTA) ne sera possible **qu'à la condition** qu'il ait été mis au point **à l'avance**. Dans le cas contraire, les options de partenariat (PCA) ou les contrats institutionnels sont les seules solutions possibles (pour de plus amples informations sur les LTA, voir ci-dessous). Enfin, la décision doit s'appuyer sur le niveau de résultats que l'on attend du dispositif en question. **L'annexe 10A** présente les points à prendre en considération avant d'opter pour un SSA ou un PCA pour une intervention dans une situation d'urgence ainsi qu'un résumé des dispositifs de mise en œuvre décrits ci-dessous :

Accord de coopération relatif à un projet (PCA) – Le PCA est le principal type d'accord utilisé pour les partenariats instaurés pour répondre aux situations d'urgence et les partenariats de développement. Il met l'accent sur la mise en œuvre collaborative d'une intervention développée conjointement dans le cadre du programme de coopération de l'UNICEF ou d'un ensemble d'interventions

humanitaires soutenues. Même si des processus spécifiques peuvent être établis pour l'approbation des PCA pendant les situations d'urgence, leur création et les procédures administratives prennent du temps (25 jours²⁵ en moyenne). Ils doivent donc être élaborés comme mesure de préparation afin de pouvoir être utilisés dans les premières étapes de l'épidémie de choléra.

Même si des PCA autonomes peuvent être mise en place dans le cadre d'interventions d'urgence, les bureaux de pays les utilisent de plus en plus souvent comme mécanismes de secours préparés en anticipation d'une situation d'urgence, soit comme mécanismes indépendants activés quand se déclare une situation d'urgence, soit en introduisant des « clauses d'urgence » spécifiques dans les PCA normaux du programme.

²⁵ Basé sur les retours d'expérience pratique du personnel WASH UNICEF des bureaux de pays dans le cadre de la formation WASH dans les situations d'urgence. Il comprend uniquement le temps nécessaire à la procédure administrative interne de l'UNICEF, après qu'un accord avec les partenaires a été atteint et avant qu'ils n'obtiennent les ressources nécessaires pour lancer la mise en œuvre sur le terrain.

- TdM
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Accord de financement à petite échelle (SSFA) – Un SSFA a une portée similaire à celle d'un PCA mais à moindre échelle. Il est plus simple et rapide à élaborer et à déployer parce qu'il ne nécessite pas de processus d'approbation d'un comité/d'une commission d'examen. On notera que **la valeur cumulée des SSFA ne peut pas dépasser 20 000 dollars US au total**, y compris les financements en espèces et les fournitures, pour une ONG/OSC individuelle au cours d'une année civile. De ce fait, son utilisation est limitée, notamment lorsqu'une action à grande échelle est requise.

Transferts directs en espèces (DCT)

Un DCT est le moyen par lequel des espèces sont mises à la disposition d'un partenaire (gouvernement ou ONG/OSC) en vertu d'un PCA, SSFA [pour les ONG/OSC] ou d'une demande d'aide d'urgence [émanant de partenaires gouvernementaux] afin de mettre en œuvre les activités convenues. Les DCT sont habituellement versés à échéances trimestrielles sous forme d'un versement forfaitaire à chaque partenaire. **Les DCT doivent être entièrement dépensés dans les trois mois et liquidés dans les 6 mois - tout montant non dépensé devant être restitué - sous un délai de six mois faute de quoi le système financier de l'UNICEF bloquera tous les paiements ultérieurs au partenaire en question jusqu'à ce que les DCT aient été écoulés. Un tel blocage a des conséquences négatives importantes parce que** le système financier couvre tous les programmes de l'UNICEF et sections d'un bureau de pays. Ainsi, un paiement bloqué à un partenaire interrompt les paiements à l'ensemble des bureaux et secteurs travaillant avec le même partenaire de mise en œuvre dans le pays jusqu'à ce que les engagements en cours DCT soient écoulés.

Les Contrats individuels ou institutionnels sont des accords contractuels – entre l'UNICEF et une tierce partie, le plus souvent un individu (dirigé par les RH) ou une institution (dirigée par la section Opérations/Fournitures) y compris les ONG ou OSC, mais également le secteur privé, les établissements universitaires, entre autres, afin d'exécuter des services à un tarif déterminé. Par exemple, ils peuvent servir pour le recrutement de personnel temporaire comme les consultants ou pour la prestation de services, l'achat de fournitures ou l'organisation de la logistique. Chaque pays fixe ses propres exigences minimales pour l'acceptation des contrats par le comité d'examen des contrats (CRC) à l'échelle infranationale ou nationale. Toutefois, le représentant du bureau de pays peut modifier la composition et le fonctionnement du CRC local afin d'accélérer le processus d'examen dans les situations d'urgence, sans quoi celui-ci peut prendre jusqu'à 19 jours en moyenne.^{26,27}

²⁶ *Financial and Administrative Management for Emergencies. A Guide for UNICEF staff* (p. 33)

²⁷ Basé sur les retours d'expérience pratique du personnel WASH de l'UNICEF des bureaux de pays dans le cadre de la formation WASH dans les situations d'urgence.

Les contrats institutionnels relevant d'un SSA ne sont pas exonérés des politiques et procédures de l'UNICEF. Au contraire, ils sont administrés conformément aux modalités de l'UNICEF concernant les appels d'offres et l'approvisionnement, parmi lesquelles les demandes de devis, les annonces publiques ou invitations à soumissionner, suivies par une sélection soumise à la concurrence et la justification des recommandations sur la base de la qualité technique et du prix.

Accord à long terme (LTA) – Un LTA peut accélérer les processus opérationnels liés aux achats de services et de fournitures dans la mesure où les appels d'offres et leur validation sont réalisés pendant la mise au point du LTA. La mise au point d'un LTA prend plusieurs mois. Il doit être élaboré dans le cadre de la préparation du bureau de pays et, une fois établi, il peut se prolonger sur une durée d'un à deux ans. Dans les pays où le choléra est endémique, les LTA doivent être mis en place lorsque les mesures préparatoires sont entreprises.

RESSOURCES CLÉS

UNICEF, [Basic Cooperation Agreement \(BCA\)](#) 

UNICEF, [PCAs and SSFAs associated guidelines for Country Offices](#) 

UNICEF, [Contracts Review Committee](#) 

UNICEF, [Programme Policy and Procedure Electronic Manual \(PPPeM\)](#) 

UNICEF, [Financial and Administrative Management for Emergencies. A Guide for UNICEF staff](#) 

UNICEF, [Financial and Administrative Management for Emergencies. A Pocket Guide](#) 

10.4 Procédures d'approvisionnement en fournitures de l'UNICEF

Cette section aborde les options de l'UNICEF concernant l'approvisionnement, le stockage et l'utilisation des stocks constitués pendant la préparation. Compte tenu des difficultés que présentent les processus d'achats des fournitures, ceux-ci peuvent sérieusement ralentir la riposte à la situation d'urgence. C'est pourquoi les activités de préparation peuvent garantir la rapidité et la disponibilité des fournitures nécessaires pour l'intervention d'urgence, notamment par l'identification des fournitures essentielles et un accord sur la répartition des responsabilités en matière d'approvisionnement, d'assurance, de stockage et de logistique. Outre le processus courant d'approvisionnement dans le pays, le bureau de pays de l'UNICEF peut avoir accès aux fournitures provenant :

- **De l'approvisionnement international par le biais de la Division des achats, de la liste d'approvisionnement en cas d'urgence et du calculateur des approvisionnements** : une [liste d'approvisionnement en cas d'urgence a été établie](#). Elle comprend les articles de secours essentiels pour répondre aux besoins de 250 000 personnes. Cette liste contient 161 articles permettant de subvenir aux besoins du personnel (35 articles) et aux nécessités du programme (126 articles). Les entrepôts régionaux de l'UNICEF disposent en permanence de stocks d'articles de cette liste.


Un [calculateur des approvisionnements](#) est également disponible pour estimer les quantités commandées et les coûts des fournitures essentielles nécessaires, y compris celles incluses dans la liste. Il contient des calculs automatiques qui génèrent des recommandations de commande en fonction de la taille de la population touchée ainsi qu'un estimateur du coût du transport pour les expéditions des commandes internationales passées par l'intermédiaire de la Division de l'approvisionnement de l'UNICEF.

Notez que l'approvisionnement international par l'intermédiaire de la Division des achats de l'UNICEF est disponible pour tous les bureaux de pays sur demande. La Division des achats a la capacité de fournir les articles présents sur la liste d'approvisionnement en cas d'urgence (ESL) dans les 72 heures au point d'entrée du bureau de pays de l'UNICEF. Toutefois, cette option est souvent la plus chère et ne doit être utilisée qu'en dernier recours. Pour des informations plus détaillées sur la façon d'engager et de passer des commandes, voir [le site intranet de la Division des approvisionnements de l'UNICEF](#).

Pour s'identifier dans le calculateur des approvisionnements et passer des commandes par le biais de la Division des achats, un identifiant utilisateur de l'Intranet de l'UNICEF et un mot de passe sont requis.

- **Accords à long terme (LTAs)** – La [section 10.3](#) explique brièvement les LTA. Une fois que les LTA sont en place, le suivi de la qualité du produit et de la préparation des fournisseurs pour tous les LTA impliquant les achats de fournitures doivent être programmés dans le cadre des activités de préparation.
- **Aide en nature (IKA)/dons en nature (DIK)/contributions en nature (IKC)** – En général, ces dispositifs ne sont pas encouragés en raison des difficultés qu'ils présentent en termes de mise en œuvre (notamment quand les articles ne sont pas considérés comme faisant partie de l'intervention depuis le début), de responsabilité (franchise de droits, sécurité), de contrôle qualité (les IKA/DIK échappent à l'inspection normale préalable à la livraison), d'entreposage, de logistique et de coûts de distribution, et en raison du suivi et des rapports ultérieurs qu'ils nécessitent.

Les dispositifs IKA/DIK/IKC doivent **uniquement** être envisagés pour les articles qui sont déjà inclus dans la planification d'achat de l'UNICEF et qui nécessiteraient autrement un bon de commande et dont la nécessité est définie en utilisant les mêmes spécifications. Toutes les *solutions DIK/IKA/IKC doivent être signalées au bureau PARMO* (qui gère les relations avec les gouvernements donateurs) ou au PFP (qui gère les relations avec les partenaires du secteur privé) **et la Division des achats AVANT d'entamer des discussions ou de conclure des engagements.**

- **Approvisionnements par le biais de PCA avec les partenaires** – Il est possible d'établir des PCA avec les partenaires prévoyant un accès partagé aux stocks d'urgence (des deux organisations) ou des transferts par l'UNICEF aux partenaires de fournitures qui seront stockées et gérées par eux. Les partenaires peuvent également être autorisés à faire des achats directs, en utilisant des fonds de l'UNICEF ce qui allège la charge de travail de l'UNICEF en tant qu'agence d'approvisionnement et accélère le processus d'acquisition en cas d'urgence (notamment pour les articles qui peuvent être fournis localement et que le partenaire de mise en œuvre a la capacité de gérer en interne). Idéalement, le processus d'autorisation préalable doit être engagé comme une mesure de préparation. Le responsable des opérations/de l'approvisionnement basé dans le bureau de pays a l'autorité pour approuver les partenaires de mise en œuvre pour l'approvisionnement dans le pays, ce qui comprend habituellement un examen/audit de leurs processus et capacités d'approvisionnement et de gestion logistique. À défaut, la Division des achats à Copenhague doit approuver les arrangements des achats offshore. Voir **le modèle pour une demande d'approvisionnement international à travers les PCA de l'UNICEF** .

On notera que le Bureau USAID du Foreign Disaster Assistance (OFDA), l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) et les autres donateurs ont un processus d'autorisation similaire qui peut servir d'indication sur la capacité du partenaire à gérer l'approvisionnement en fournitures.

- **Stocks de secours de l'UNICEF** – Les bureaux de l'UNICEF peuvent détenir des stocks d'articles essentiels, notamment ceux fournis hors du territoire et non disponibles immédiatement sur le marché. Néanmoins, compte tenu des responsabilités liées aux normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS), les fonds utilisés pour les achats de fournitures ne sont pas considérés comme dépensés, et ne peuvent donc pas être comptabilisés comme utilisés, tant que ces fournitures ne sont pas livrées aux bénéficiaires/utilisateurs, ce qui réduit la capacité de l'UNICEF à maintenir des stocks d'urgence. Une solution consiste à remettre ces fournitures au gouvernement ou aux partenaires de mise en œuvre, ce qui implique que l'UNICEF cède la propriété et la gestion de ces biens afin d'être dégagé des exigences comptables. Afin de garantir que cette

possibilité est utilisée à bon escient, l'UNICEF doit évaluer attentivement la capacité d'un partenaire à stocker, à gérer les stocks et à instaurer le climat de confiance nécessaire pour garantir que ces marchandises seront utilisées conformément à ce qui a été prévu. **Tout transfert de marchandises au gouvernement et aux partenaires doit être correctement comptabilisé et signalé via les systèmes internes de l'UNICEF.** Dans le cas des partenaires de mise en œuvre, les marchandises doivent être transférées dans le cadre d'un PCA et signalées en conséquence.

Les considérations d'ordre général concernant la disponibilité des fournitures requises pour les mesures de riposte et de préparation au choléra (identification, cartographie, approvisionnement et stockage) sont discutées dans la [section 6.5](#) de ce manuel.

RESSOURCES CLÉS

UNICEF, [UNICEF Supply catalogue, Emergency Supply List and calculator](#) (Nom d'utilisateur et mot de passe de l'intranet UNICEF requis).

UNICEF, [Long Term Arrangements \(Supply Manual, Chapter 6, Section 8\)](#)

UNICEF, [Additional considerations for IKA approval](#)

UNICEF, [Financial and Administrative Management for Emergencies. A Guide for UNICEF staff](#)

UNICEF, [Financial and Administrative Management for Emergencies. A Pocket Guide](#)

10.5 Mobilisation des ressources

Comme son nom l'indique, l'UNICEF est un « fonds » et à ce titre ne reçoit aucune contribution des ressources de base des Nations unies. Il doit par conséquent collecter des fonds auprès de sources extérieures à la fois pour le développement et l'aide humanitaire et pour honorer les principaux engagements envers les enfants dans l'action humanitaire (CCC) parmi lesquels la riposte aux épidémies de choléra. Tous les fonds de l'UNICEF proviennent : i) des gouvernements donateurs, ii) des comités nationaux (NATCOM) ou iii) de fonds privés.

Les diverses solutions de financement possibles dans le cadre d'une action humanitaire de l'UNICEF, y compris la riposte aux épidémies de choléra sont les suivantes:

Tableau 13 Solutions de financement pour l'action humanitaire de l'UNICEF

Reprogrammation des ressources existantes des bureaux de pays (RO/AR/ORE)	Les ressources ordinaires (RO) peuvent être transférées immédiatement par un représentant du bureau de pays, conformément aux seuils approuvés ²⁸ . Le transfert des autres ressources (AR) peut uniquement avoir lieu avec l'autorisation du donateur.
Fonds pour les programmes d'urgence (EPF) de l'UNICEF	Le Fonds pour les programmes d'urgence (EPF) a pour objectif d'aider le bureau de pays à honorer les CCC, en attendant les contributions des donateurs. Il est approuvé dans les 24 à 48 heures et est considéré comme un emprunt de l'UNICEF (sur un compte administré par EMOPS) ; le fonds doit être remboursé après réception des contributions des donateurs.
Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF)	Le CERF est un fonds indépendant établi et géré par l'ONU (le Secrétariat du CERF étant géré par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires). Seules l'ONU et l'organisation internationale pour la migration (OIM) sont habilitées à soumettre des propositions qui devront être basées sur des priorités et projets sectoriels.
Appels de fonds	Ces demandes de financement comprennent toutes les autres solutions d'appels de fonds en faveur d'un soutien à l'action humanitaire, y compris : <ul style="list-style-type: none"> • le document sur les besoins immédiats (IND) ; • l'appel indépendant en situation de crise ; • l'appel éclair ; • les processus d'appel consolidés ; • les autres appels de transition et de remboursement anticipé.

²⁸ D'après [CF/EXD/2004-15](#), les représentants peuvent autoriser jusqu'à 200 000 dollars US si le budget RO du bureau de pays > 2 millions USD (pour un RO < 2 millions dollars US, le maximum est de 150 000 dollars US). Tout dépassement de ces seuils nécessite l'autorisation du bureau régional/du siège.

D'autres fonds peuvent être débloqués par le biais de transferts de ressources d'une autre agence de l'ONU. Voir l'[annexe 10C](#) pour des informations spécifiques sur ces mécanismes et les autres mécanismes de mobilisation des ressources.

KEY RESOURCES

UNICEF, [Resource Mobilization in Humanitarian Action \(Intranet Webpage\)](#)

OCHA, [Consolidated Appeal Process webpage](#)

OCHA, [Central Emergency Relief Fund webpage](#)

Photo Credits

Cover: © UNICEF/NYHQ2010-2457/Dormino

Page 6: © UNICEF/HTIA2011-00113/Dormino

Page 12: © UNICEF/PAKA2011-00007/Page

Page 18: © UNICEF/NYHQ2012-0530/Asselin

Page 20: © UNICEF/NYHQ2011-2128/Maitem

Page 24: © UNICEF/INDA2012-00311/Singh

Page 40: © UNICEF/NIGB2010-0232/Pirozzi

Page 49: © Dr. Kashmira Date/CDC/Bangladesh

Page 52: © UNICEF/INDA2011-00354/Halle'n

Page 62: © UNICEF/AFGA2012-00223/Froutan

Page 72: © UNICEF/NYHQ2012-1655/Pietrasik

Page 74 Top: © UNICEF/NYHQ2008-0720/Volpe

Page 74 Bottom: © UNICEF/NYHQ2004-0480/Gubb

Page 86: © UNICEF/SRLA2011-0135/Asselin

Page 90: © UNICEF/NYHQ2012-0267/Asselin

Page 104: © UNICEF/NYHQ2011-2457/Sokol

Page 110 Top: © UNICEF/HTIA2010-00910/Dormino

Page 110 Bottom: © UNICEF/NYHQ2011-0288/Dormino

Page 138: © UNICEF/NYHQ2012-0520/Asselin

Page 155: © UNICEF/NYHQ2012-0343/Asselin

Page 161: © UNICEF/NYHQ2011-0012/Dormino

Page 162: © UNICEF/NYHQ2010-2548/Dormino


Ce document est accompagné d'une clé USB contenant les trois éléments du Guide pratique de lutte contre le choléra publié par l'UNICEF : le document principal, les annexes et les ressources supplémentaires. Il convient de se servir de ces trois éléments ensemble pour une utilisation optimale du Guide.





© United Nations Children's Fund, Avril 2013



Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) soutient les femmes et les enfants au moyen de programmes portant sur les domaines sectoriels de la protection, de la santé, de l'éducation, de la nutrition, de la communication pour le développement (C4D) et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) et également par l'intermédiaire de la Division des approvisionnements (SD), du Bureau des programmes d'urgence (EMOPS), du Bureau des alliances avec le secteur public et de la mobilisation des fonds publics (PARMO) et de la Division de la communication (DOC).


Les approches et principes directeurs de l'organisation incluent notamment les [Principaux engagements pour les enfants \(CCCs\) dans l'action humanitaire \(2010\)](#) , qui constituent la politique humanitaire globale de l'UNICEF pour faire respecter les droits des enfants touchés par les crises humanitaires et qui définissent les exigences minimales en matière de conception et de mise en œuvre des programmes de l'UNICEF en situation d'urgence, afin de garantir la protection nécessaire et la survie des enfants.

L'action de l'UNICEF soutient l'application de la **et s'appuie sur une Approche fondée sur les droits de l'homme (HRBA)** en matière de programmation, dans laquelle des activités sont mises en œuvre afin d'aider les femmes et les enfants, en tant que titulaires de droits, à jouir pleinement de leurs droits humains¹.



À partir de la seconde moitié de l'année 2010, l'UNICEF s'est concentré plus spécifiquement sur les questions relatives à l'équité, avec pour objectif de mieux cibler les populations les plus défavorisées.

L'action de l'UNICEF est également guidée par les sources suivantes :

- (PSMT), qui répertorie les principes directeurs de l'UNICEF, ainsi qu'un ensemble de **Domaines de résultats clés** (KRA) auxquels toutes les activités de l'UNICEF doivent contribuer
- **Les stratégies sectorielles**, telles que [Stratégie de l'UNICEF en matières d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène pour 2006-2015](#) , et [la Stratégie commune de l'UNICEF concernant la santé et la nutrition 2006-2015](#) 
- **Le Descriptif de programme de pays** (DPP), qui rassemble les buts, objectifs, activités, résultats et ressources nécessaires dans le cadre d'un programme quinquennal de l'UNICEF dans un pays donné.

De plus en plus, les Nations Unies se concentrent sur leur propre cohérence : des pays pilotes mettent actuellement en œuvre la démarche [Delivering as One](#)  (DaO) qui prévoit que les agences des Nations Unies harmonisent davantage la planification, la communication et la réalisation de leurs actions. Dans les pays où la démarche DaO est mise en œuvre, le DPP devient un **Descriptif de programme commun de pays** (DPCP) des Nations Unies, appuyé par un **Plan de gestion des programmes de pays** (CPMP) des Nations Unies.

Dans les situations d'urgence, les efforts d'amélioration de la cohérence de l'action des Nations Unies s'observent notamment dans le processus de réforme humanitaire engagé depuis 2005. Dans le cadre de l'Approche sectorielle, les responsabilités de l'UNICEF en matière de leadership et de coordination sectoriels à l'échelle mondiale sont notamment les suivantes : **Nutrition** (direction); **WASH** (direction); **Éducation** (co-direction avec l'Alliance Save the Children); **Protection** (direction pour les domaines de responsabilité (DR) de la **Protection de l'enfance**, et co-direction pour le sous-secteur des **Violences sexistes**). L'UNICEF co-préside également le Sous-groupe de travail du Comité permanent interorganisations chargé des questions de préparation et est un partenaire important de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui dirige le secteur Santé.

¹ UNICEF (2004) [L'approche fondée sur les droits de l'homme, Vers une position commune, Annexe B, La situation des enfants dans le monde, 2004](#);  et HCDH (2006) [Questions fréquentes au sujet d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme](#) 

Les références citées dans cette annexe sont indiquées ici.

Temps de survie de *Vibrio cholerae* :

- Dans l'eau de puits – entre 7,5 +/- 1,9 jours. Le biotype El Tor peut survivre entre 19,3 +/- 5,1 jours (Felsenfield, O.).
- Dans divers aliments et boissons, il survit entre 1 et 14 jours à température ambiante et entre 1 et 35 jours en glacière (voir le tableau ci-dessous, qui indique un délai plus long pour le poisson congelé).
- Dans des glaçons – entre 28 et 35 jours dans un congélateur.
- Sur des objets solides (formites) – entre 1 et 7 jours, y compris entre 1 et 2 jours sur de la vaisselle ou des ustensiles métalliques (Felsenfield, O.).

Limites de prolifération (Commission internationale pour la définition des caractéristiques microbiologiques des aliments & Lipp, et al.)

	Optimale	Intervalle
Température (oC) nécessaire à la prolifération	37	10 - 43
pH	7,6	5,0 – 9,6
Chaleur létale	D 60 oC x 2,7 min (90 % du vibron sera tué)	> 48°C
Salinité nécessaire à la prolifération	5-25% salinité	Le vibron peut néanmoins supporter une salinité de 0 en cas de présence de l'ion sodium. Il peut également croître correctement dans des salinités supérieures à 45 %.

Temps d'attente pour le début de la prolifération

- Le temps d'attente pour le début de la prolifération sur des aliments propices est de < 1 heure à > 30 oC. Il est un peu plus long lorsque la température est de 22 oC. Le temps de doublement est < 1 h à 22 oC.

Conséquences de la chaleur et du froid sur les temps de survie :

- Dans le lait et la crème glacée – peut survivre entre 5 et 21 jours (température ambiante) et entre 14 et 28 jours (réfrigéré).
- Dans du lait écrémé congelé contaminé à -20 oC – peut survivre pendant 30 jours.
- Les preuves de la survie de *V. cholerae* sur des aliments congelés sont contradictoires, mais il existe des preuves de survie sur des fruits de mer congelés > 6 mois.
- *V. cholerae* est sensible à la chaleur (> 45 oC) en fonction du milieu de mise en suspension et du pH. *V. cholerae* est sensible aux conditions acides et sèches. La quasi-totalité des *V. cholerae* meure à 65 oC après 12 secondes.
- La survie augmente lorsque les aliments sont cuits avant la contamination, puisque la cuisson élimine les autres organismes, détruit certains inhibiteurs de croissance qui peuvent être chauffés et produit des protéines dénaturées qui servent à la prolifération de *V. cholerae* O1 (Mintz et al.).

Risques relatifs liés à différents types d'aliments et de boissons

- Dans les aliments et boissons acides (pH < 4,5) et dans les aliments secs, les poissons salés et les jus de fruits, la survie est généralement < 12 h à une température ambiante de 25-30 oC.
- Les fruits de mer crus et pas assez cuits et les restes de riz cuits sont les aliments les plus souvent impliqués dans les épidémies de choléra.
- Le lait et les produits laitiers, les desserts sucrés, les confiseries à base d'œufs et de sucre et les nouilles cuites permettent à *V. cholerae* de survivre pendant une longue période. Il a également été démontré que la bactérie du choléra se développe bien dans les sauces à base de cacahuète (pH 6-7).
- Certains aliments acides, comme la sauce tomate (pH 4,5-5), le porridge fermenté, la boisson au toronja (boisson au pamplemousse du Pérou), le lait caillé (qui a un pH de 3,5) et le jus de citron vert ont un effet protecteur relatif (les agrumes ont un pH < 4,5).

- Une étude (Rodrigues, A. et al.) indique que l'ajout du jus de 2 citrons verts à une sauce pour 8-10 personnes a un effet significatif. Malgré des preuves scientifiques limitées quant aux doses requises pour désactiver *V. cholerae*, ou au temps nécessaire pour éliminer l'ensemble des bactéries, on sait qu'une acidité plus élevée / un pH plus faible ne favorisent pas la survie de *V. cholerae*. Lorsqu'il est culturellement acceptable d'ajouter du citron vert ou d'autres fruits acides aux aliments ou aux boissons, cette pratique doit donc être encouragée. La promotion d'autres stratégies de prévention doit être poursuivie en parallèle.
- Dans une étude détaillée de la survie de la bactérie du choléra dans les aliments et les boissons (Felsenfield, O.) :
 - Celle-ci a survécu < 1 jour dans la bière, l'eau gazeuse, les boissons gazeuses non-alcoolisées, le café, la limonade amère et le whisky.
 - Elle a survécu plus longtemps dans le cacao (3-5 j), la limonade sucrée fait-maison (5-7 j) et le thé (2-3 j).
 - Felsenfield, O. (non daté) résume ces conclusions ainsi : « L'eau brute, la glace, les couverts, les boissons sucrées non-alcoolisées, les tranches de fruits sucrés non acides, les aliments contaminés après cuisson ou pasteurisation et les fruits et légumes "rincés" avec de l'eau souillée par les déjections, avant d'être commercialisés et consommés crus, sont probablement les vecteurs les plus importants du choléra. »

Estimation des temps de survie sur divers aliments (Felsenfield, O)

Type d'aliment et traitement		Survie en cas de stockage (en jours)	
		2 - 4 °C	28 - 30 °C
Céréales	Non cuites	1-5	1-2
	Cuites	1-28	1-14
Fruits	Agrumes	<1	<1
	Autre	1-5	3-11
	Secs	1-4	<1
Légumes a) À feuilles	Crus	7-14	3-7
	Cuits	2-14	1-3
Légumes b) Légumineuses	Crus	5-7	2-3
	Cuits	5-14	2-7
Melon, calebasse, courge, concombre	Cru	3-14	1-7
	Tranché	3-21	1-7
	Cuit (calebasse)	5-7	3-5
Aubergine	Cru	14-21	3-5
	Cuit	14-28	3-7
Racines	Cru	5-14	3-5
	Cuit	5-21	2-7
Bœuf	Cru	5-7	1-2
	Cuit	7-14	2-7
Poisson	Cru	7-14	2-4
	Cuit	14-25	3-6
	Congelé	>180	-
Céréales cuites	Maïs	1-2 semaines	3-5
	Riz	1-2 semaines	5-7
	Avoine	1-2 semaines	5-7
Noix de coco	Crème	2-3 semaines	5-10
	Lait	2-3 semaines	3-7
Crème anglaise		3-4 semaines	7-10 (1-2 semaines)
Fromage, fromage frais		2-3 semaines	7
Crème glacée		3-4 semaines	5-7
Lait	Conserve ouverte, lait de vache (pasteurisé, crème, écrémé)	3-4 semaines	14-21 (2-3 semaines)
Nouilles	Haricot mungo, riz, vermicelle - secs	1-3	1-2
	Haricot mungo, riz, vermicelle - cuits	2-3 semaines	7-14 (1-2 semaines)
Sankaya (œufs, sucre, noix de coco)		3-4 semaines	7-14 (1-2 semaines)
Sarim (nouilles, sucre, noix de coco)		3-4 semaines	7-14 (1-2 semaines)

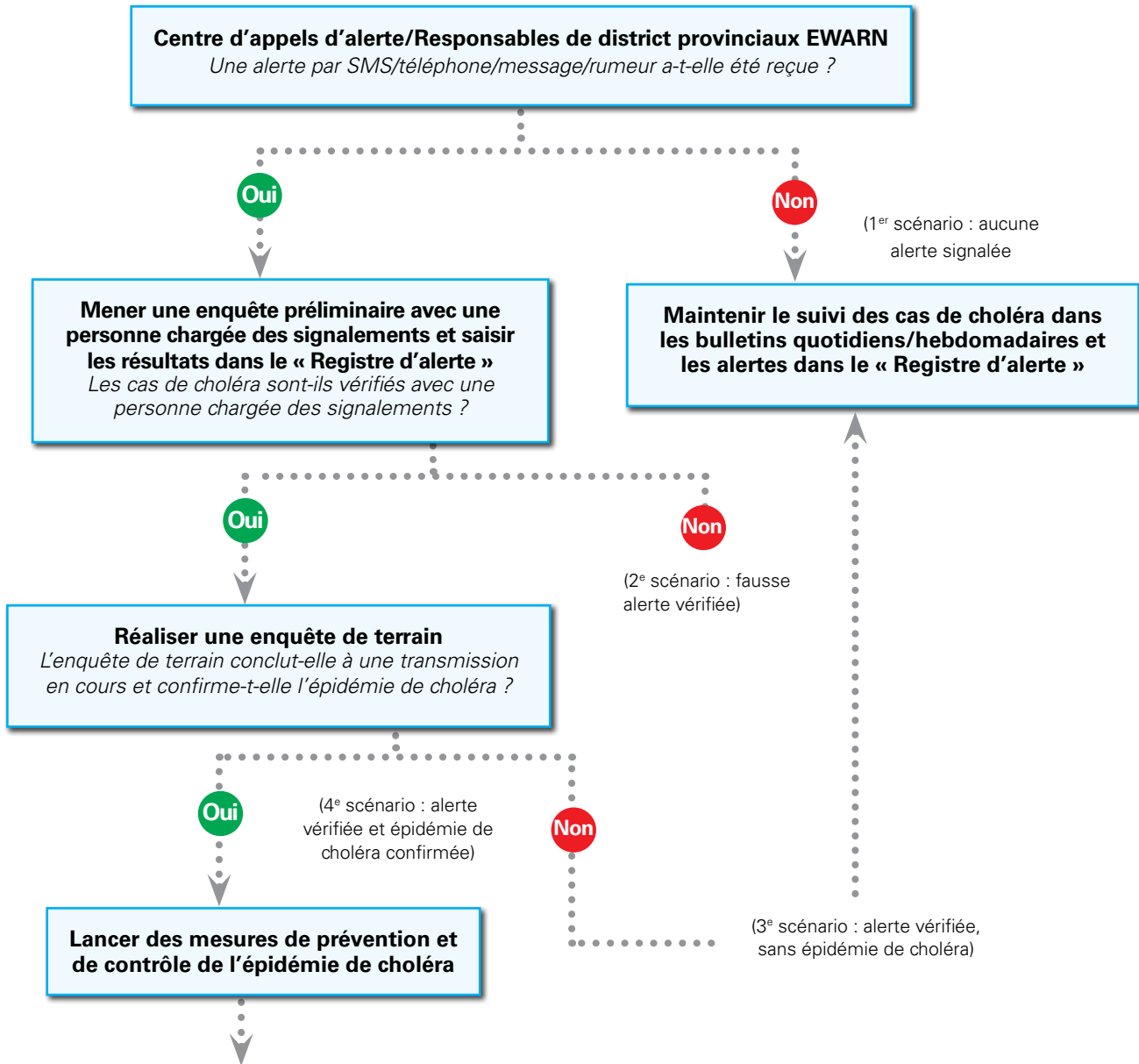
Les informations fournies dans cette annexe sont extraites des publications suivantes :

- Agence de la santé publique du Canada (2012) *Vibrio Cholerae, Fiche technique santé-sécurité : agents pathogènes*, www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/vibrio-cholerae-eng.php [consulté le 7 mai 2012].
- Commission internationale pour la définition des caractéristiques microbiologiques des aliments (1996) *Microorganisms in Food 5: Characteristics of Microbial Pathogens*, p. 416-422
- Felsenfield, O. (non daté) *Notes on food, beverages and formites contaminated with Vibrio cholerae*, p. 725-734, (affiliation de l'auteur : Responsable, Département des maladies transmissibles, Centre de recherches de la Tulane University, Covington, LA, États-Unis).
- Estrada-Garcia, T. & Mintz, E. (1996) Cholera: Foodborne transmission and its prevention, *European Journal of Epidemiology*, 12(5) ; p. 461-469.
- Lipp, E., Huq, A., Cowell, R.R. (2002) Effects of global climate on infectious disease: the Cholera Model, *Clinical Microbiology Reviews*, octobre 2002, Vol. 15 (4) p. 757-770.
- Rodrigues, A., Sandström, A., Cá, T, Steinsland, H, Jensen, H, Aaby, P (2000) Protection from cholera by adding lime juice to food – results from community and laboratory studies in Guinea-Bissau, West Africa, *Tropical Medicine and International Health*, 5(6), p. 418-422.
- Mintz, E.D., Papovic, T. & Blake, P.A. (1994), chapitre 22 : Transmission of *Vibrio Cholerae* O1, p. 345-356, *Vibrio cholerae and Cholera: Molecular to Global Perspectives*, Ed, Wachsmuth, I. K., Blake, P.A., and Olsvik, Ø., Société américaine de microbiologie, Washington DC 20005.

Exemples d'idées fausses	Commentaire / clarification
<p><i>Les épidémies de choléra surviennent dans les camps de réfugiés, les pays défavorisés et les zones en proie à la famine, à la guerre et aux catastrophes naturelles.</i></p>	<p>Le choléra peut uniquement sévir dans les situations dans lesquelles V. cholerae O1 ou O139 toxigène est présent dans l'environnement ou s'il existe des preuves qu'il y a été introduit. Les camps de réfugiés, la pauvreté, la guerre et les catastrophes naturelles ne constituent pas des causes intrinsèques du choléra. Néanmoins, si des catastrophes ont lieu dans des zones où le choléra est endémique, sa transmission peut être facilitée par la destruction ou la détérioration des sources d'eau, des conditions d'assainissement et d'hygiène et des services de santé, la surpopulation et les mouvements de population. Les inondations peuvent également contribuer à une propagation plus rapide de la maladie.</p>
<p><i>Pendant l'allaitement, les nourrissons bénéficient de l'immunité de leur mère, qui a déjà contracté le choléra, et ne peuvent donc pas tomber malades.</i></p>	<p>Les nourrissons exclusivement nourris au sein sont moins vulnérables au choléra, car le lait maternel ne contient pas de <i>V. cholerae</i>. S'ils sont nourris au biberon, ils risquent de contracter le choléra par l'intermédiaire d'une eau contaminée utilisée pour sa préparation. Ils peuvent également contracter la maladie en se déplaçant à quatre pattes et en portant des objets contaminés à la bouche. Si la mère a contracté récemment le choléra, le nourrisson bénéficiera en partie de son immunité par l'intermédiaire du lait maternel.</p>
<p><i>Les personnes de groupe sanguin O ont davantage de risques d'être infectées par le choléra et de tomber malades.</i></p>	<p>Pour des raisons que l'on ignore, les personnes de groupe sanguin O ont un risque plus important de développer une forme sévère de la maladie. Néanmoins, toutes les personnes exposées au choléra sont à risque en cas d'ingestion de <i>V. cholerae</i>, y compris les personnes de groupe sanguin O.</p>
<p><i>Si l'on constate moins de cas de choléra dans un même endroit au fil du temps, cela signifie que la lutte contre le choléra a été efficace.</i></p>	<p>Dans les pays endémiques, le vibron du choléra continue de circuler et reste présent dans l'environnement hors des périodes d'épidémie de la maladie. Dans des conditions environnementales favorables, le vibron du choléra commence à se multiplier dans les plans d'eau, augmentant ainsi le risque d'ingestion de grandes quantités de bactéries, ce qui déclenche une épidémie. Si pendant quelques années, les conditions environnementales d'un endroit précis ne sont pas particulièrement favorables au vibron, il peut ne pas y avoir d'épidémie. L'absence d'épidémie au cours d'une année donnée peut donc être sans lien direct avec les actions de prévention ou de préparation. En outre, les personnes infectées lors d'une précédente épidémie bénéficient d'un certain degré d'immunité. CEPENDANT, cela ne justifiera aucunement un manque d'actions de prévention ou de préparation.</p>
<p><i>Le gel/les températures basses peuvent éliminer le vibron.</i></p>	<p>Le fait de congeler l'eau ou les aliments n'élimine pas le risque. Le vibron du choléra peut survivre entre 28 et 35 jours dans des glaçons placés au congélateur et il semblerait qu'il puisse survivre plus de 6 mois dans des fruits de mer surgelés. Voir l'annexe 2A pour des informations et références complémentaires.</p>
<p><i>Consommer des boissons gazeuses ou ajouter du citron ou du citron vert dans l'eau peut tuer le vibron du choléra.</i></p>	<p>Les boissons gazeuses et le jus de citron ou de citron vert sont très acides (pH inférieur à 5). Le choléra survit plus facilement dans un milieu moins acide (pH entre 5 et 9,6) et meurt plus rapidement en dehors de ce type de milieu. Il a été prouvé que l'ajout de jus de fruits acides dans les sauces et les boissons peut avoir un effet protecteur, mais il existe peu de preuves scientifiques quant aux quantités nécessaires ou au temps de survie du vibron en milieu acide. Ce procédé n'est donc pas recommandé comme mesure de protection. Voir l'annexe 2A pour des informations et références complémentaires.</p> <p>INOTE IMPORTANTE : les boissons gazeuses de type soda ne permettent pas de réhydrater les patients et ne doivent donc pas être utilisées à cette fin.</p>

Exemples d'idées fausses	Commentaire / clarification
<p><i>Les pratiques courantes lors des enterrements (lavage du corps, baisers, tenue d'un banquet) doivent être bannies pendant une épidémie de choléra. Les autres rassemblements doivent également être interdits.</i></p>	<p>Permettre aux personnes de procéder aux rituels culturels et religieux qui leur sont propres lors des funérailles de leurs proches est important dans le processus de deuil. Interdire ces rassemblements peut causer plus de tort que de bien, dans la mesure où cela favorise la stigmatisation des patients et de leurs familles et décourage les personnes d'avoir recours à une prise en charge médicale. Les risques de transmission lors des enterrements en Afrique ont été répertoriés dans plusieurs articles universitaires, notamment en Guinée-Bissau (1986 et 1997/8), au Kenya (1994), en Tanzanie (1977) et au Zimbabwe (2008). Des précautions doivent être prises lors de la préparation du corps (comme la désinfection, la désignation de personnes différentes pour la prise en charge du corps et la préparation de la nourriture), et pendant le déroulement des enterrements (comme le lavage soigneux des mains au savon et le maintien d'une bonne hygiène alimentaire), afin de réduire au minimum le risque de transmission. Tout contact entre la nourriture et la personne décédée doit être évité. Des précautions importantes doivent également être prises lors des mariages et autres rassemblements.</p>

i Une étude cas-témoin en Guinée-Bissau portant sur l'épidémie de choléra de 1994 a permis d'identifier une corrélation forte entre les cas de choléra et a) le fait de se restaurer lors d'un enterrement avant lequel le cadavre n'avait pas été désinfecté et b) le fait de toucher (c'est-à-dire, transporter ou laver) le corps. Ces éléments sont recensés dans les publications suivantes : Gunnlaugsson, Einarsdóttir, J., Angulo, F.J., Mentambanar, S.A., Passa, A. et Tauxe, R.V. (1998) « Funerals during the 1994 cholera epidemic in Guinea-Bissau, West Africa: The need for disinfection of bodies of persons dying of cholera », *Epidemiol. Infect.* 120, p. 7-15 ; On peut également citer d'autres articles universitaires recensant les risques liés aux enterrements, parmi lesquels : St. Louis, M.E., Porter, J.D., Helal, A., Drame, K., Hargrett-Bean, N., Wells, J.G. et Tauxe, R.V. (1990), « Epidemic cholera in West Africa: The role of food handling and high-risk foods », *American Journal of Epidemiology*, 131(4), p. 719-727 ; Shapiro, R.L. Otieno, M.R., Adcock, P.M., Phillips-Howard, A., Hawley, W.A., Kumar, L., Waiyaki, P., Nahlen, B.L. et Slutsker, L. (1999), « Transmission of epidemic *Vibrio Cholerae* O1 in rural Western Kenya associated with drinking water from Lake Victoria: An environmental reservoir for cholera? » *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 60(2), p. 271-276 ; Mandara, M.P. et Mhalu, F.S. (1981) « Cholera control in an inaccessible district in Tanzania: importance of temporary rural centres », *Med J. Zambia*, 15(1), p. 10-3 ; et CEPHI (2009) *Evaluation of the health cluster response to the cholera outbreak in Zimbabwe*.



Outbreak response components:

- **Caractérisation de l'épidémiologie :** liste descriptive des cas ; épidémiologie descriptive, courbe épidémique, ratio de létalité (RL), hypothèses de transmission
- **Confirmation en laboratoire :** des mesures de contrôle doivent être prises sans attendre les résultats des examens. La sensibilité antimicrobienne doit être intégrée à la prise en charge des patients
- **Prévention :** p. ex. messages de prévention auprès des communautés, immunisation, prophylaxie des personnes en contact, mobilisation sociale
- **Contrôle :** interruption de la chaîne de transmission, isolement/prise en charge des patients

Vérification d'une alerte :

Grâce à un appel téléphonique, identifier/vérifier :

- Qui donne l'alerte/diffuse la rumeur (et leurs coordonnées) ;
- La population/les lieux/le déroulement
 - Le nombre de cas/décès ;
 - L'âge, le sexe et l'origine des cas/décès ;
 - La date d'apparition ou de consultation ;
- Le traitement et l'issue ;
- La définition de cas utilisée et les symptômes/signes présentés ;
- Les professionnels de santé concernés ;
- D'éventuels regroupements de cas (par famille ou groupe de contacts, sur le plan géographique) ;
- Les mesures déjà prises ;
- Les réactions de la communauté.

Remarque: certains de ces éléments peuvent ne pas être connus de la personne qui donne l'alerte, mais peuvent aider à déterminer s'il s'agit ou non d'une fausse alerte et à orienter une enquête de terrain, si nécessaire.

Enquête de terrain :

- Visite sur site, de préférence dans les 24 h
- Bilan des cas avec les cliniciens
- Agrégation spatio-temporelle des cas à des fins d'évaluation
- Visites à domicile
- Examen des cas, entretiens avec les personnes en contact
- Entretien visant à déterminer les antécédents médicaux, bilan des vaccinations
- Réalisation de tests rapides selon la procédure indiquée
- Collecte d'échantillons par les moyens les plus adaptés
- Liste descriptive des cas
- Élargissement de la couverture du dispositif de surveillance et renforcement de la communication d'informations autant que nécessaire

Quatre scénarios d'alerte possibles

1. Aucune alerte signalée :

P. ex. : alertes constatées dans les bulletins hebdomadaires, mais pas signalées immédiatement comme prévu, ou bien constatées dans le cadre d'une supervision régulière.

Actions possibles :

- Initiation/formation aux alertes et aux seuils de notification recommandés ; vérification des voies de communication afin de s'assurer que les personnes qui ne sont pas chargées des signalements puissent communiquer avec les responsables de district/provinciaux EWARN.

2. Fausse alerte après vérification :

P. ex. : une alerte SMS indiquant un cas suspecté de choléra est envoyée par un agent de santé communautaire. Le processus de vérification révèle qu'il s'agit d'un cas isolé de diarrhée aqueuse chez un enfant de 3 ans en bonne santé.

Actions possibles :

- Nouvelle formation à la définition de cas dans le cadre d'une supervision bienveillante ; manifester de l'appréciation pour le travail mené dans l'utilisation du dispositif EWARN.

3. Alerte confirmée, sans épidémie de choléra

P. ex. : un établissement de santé signale un cas de choléra qui est confirmé après vérification et l'enquête de terrain n'indique aucune transmission en cours.

Actions possibles :

- Cas isolé probable de choléra ; mettre l'accent sur une prise en charge optimale de ce cas et sur le signalement immédiat de nouveaux cas éventuels ; manifester de l'appréciation pour le travail mené dans l'utilisation du dispositif EWARN.

4. Alerte vérifiée et épidémie confirmée

P. ex. : un établissement de santé signale un nombre inhabituel de cas de diarrhée aqueuse aiguë chez des adultes présentant une déshydratation sévère. La vérification et l'enquête de terrain confirment une épidémie de maladie diarrhéique sévère, qui pourrait être le choléra.

Actions possibles :

- Lancement de mesures de riposte à l'épidémie de choléra
- Collecte d'échantillons de laboratoire pour confirmation et mesure de la sensibilité aux antibiotiques.

Informations générales : Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici 

Date de la visite :

Lieu :

Province	District	Ville	Village/zone	Nom du/des centre(s) de traitement

Principales personnes rencontrées (intervenants locaux et partenaires)

Noms	Fonctions	Organisation	Téléphone

Membres de l'équipe d'évaluation

Noms	Fonctions	Organisation	Téléphone

Ampleur et progression de l'épidémie sur le lieu d'évaluation

Taille approximative de la zone touchée à ce jour (nombre de villages/districts)	
Estimation des effectifs de population dans la zone touchée	
Densité approximative de population dans la zone touchée	
Nombre total de cas signalés dans la zone touchée, en établissement ou au sein de la communauté (noter l'âge et le sexe), compléter même en l'absence de cas	
Nombre total de décès signalés dans la zone touchée, en établissement ou au sein de la communauté (noter l'âge et si possible le sexe), compléter même en l'absence de cas	
Cas provenant surtout de (indiquer le nom des lieux)	
Précisions concernant la tendance du nombre de cas et de décès (depuis quelques semaines ou mois)	
Nombre d'établissements de santé ou de centres de traitement accueillant et prenant en charge des cas présumés de choléra dans la région	
Certains lieux sont-ils particulièrement touchés (écoles, prisons, camps de déplacés, lieux de rassemblement) ? A-t-on observé des changements notables du contexte actuel (mouvements de population, rassemblements de masse, crues, problèmes de sécurité) ?	
La région dispose-t-elle de voies commerciales particulières (préciser, par exemple, le commerce du poisson) et fait-elle donc l'objet d'une circulation particulière ?	
Cause(s) présumée(s) de l'épidémie	

1. Évaluation rapide dans les établissements (santé et eau, assainissement et hygiène)

Date du premier cas	
cas si elles sont connues, parmi lesquelles : <ul style="list-style-type: none"> • nom, âge, sexe, adresse, début des symptômes, nombre de personnes malades dans le même foyer • lieu de détection (établissement ou communauté) • dans les 3 jours suivant le début de la maladie, quelles ont été les sources d'eau utilisées par le(s) premier(s) patient(s) ? (les recenser et enquêter au sein de la communauté) • dans les 3 jours suivant le début de la maladie, quels aliments le(s) premier(s) patient(s) ont-ils consommé ? (les recenser et enquêter au sein de la communauté) • dans les 3 jours suivant le début de la maladie, le(s) premier(s) patient(s) ont-ils assisté à des enterrements ou à des rassemblements de personnes ? (recenser les lieux et enquêter au sein de la communauté) • exposition à un quelconque facteur de risque connu : préciser le facteur de risque 	
Nombre total de cas dans l'établissement	
Nombre de nouveaux cas admis aujourd'hui	
Nombre de cas actuellement hospitalisés	
Nombre de cas en cours d'amélioration/d'aggravation	
Nombre total de décès au sein de l'établissement ou du centre de traitement depuis le premier cas	
Nombre total de décès au sein de la communauté (hors établissement de santé) depuis le premier cas	
Nombre de décès au cours des 7 derniers jours	
Le nombre de décès au sein de la communauté est-il recensé par l'établissement ?	

Confirmation de l'épidémie

Des examens de laboratoire ont-ils été effectués sur un échantillon de patients (quel type, culture de selles, TDR) ?	
Si des échantillons de laboratoire ont été prélevés, indiquer où et quand ils ont été adressés pour analyse	
Si les résultats ont déjà été reçus, quels sont-ils ?	

Surveillance et signalement

Quelle définition de cas a été utilisée ? : à indiquer ici	
Les enfants entre 0 et 2 ans sont-ils inclus dans le nombre de cas signalés ?	
Existence d'un registre ou d'une liste descriptive de cas (s'en procurer une copie ou le prendre en photo et le/la joindre à ce document)	
Existe-t-il un dispositif de signalement rapide des cas suspects permettant de procéder à une vérification immédiate sous 24 heures ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?	
Quelle est la méthode de communication utilisée pour signaler les cas et les décès (téléphone fixe, mobile, radio, autre ou aucune) ? Les cas et décès au sein de la communauté sont-ils recensés par l'établissement ? Indiquer tout problème de signalement des cas dans le cadre des alertes et des signalements réguliers	
Fréquence de signalement des cas à l'échelon central	

Évaluation rapide en établissement

Bassin de population total desservi	
Distance moyenne de marche jusqu'à l'établissement (< 5 heures, > 5 heures) ; facilité d'accès au centre de traitement pour la communauté, sinon pourquoi ?	
Heures d'ouverture	
Les services de prise en charge du choléra sont-ils gratuits ? Sinon, en indiquer le coût	
Nombre de chambres et de lits de l'établissement et capacité d'extension	
Nombre et fonctions des membres du personnel de l'établissement. Ont-ils été formés à la lutte contre le choléra (voir l'annexe 8G portant sur le personnel) ?	
Les directives/ordinogrammes de prise en charge des cas de choléra sont-ils mis à disposition des professionnels de santé et suivis par eux ?	
Quantités de SRO, de fluides IV, d'antibiotiques, de zinc et de fournitures médicales, de chlore, de seaux et de lits de cholériques utilisés au cours des 3 derniers jours et stocks disponibles (indiquer la quantité)	
Le triage ou la classification sont-ils effectués avant l'entrée dans le centre de traitement, ou les patients sont-ils admis sans distinction ?	
Les patients cholériques sont-ils isolés des autres patients et si oui, de quelle façon ?	
Nombre de latrines fonctionnelles dans l'établissement et mécanismes d'élimination sûre des excréments et des vomissures ? Quel est leur état de propreté ?	
Les professionnels de santé sont-ils conscients et respectent-ils les mesures nécessaires de contrôle de l'infection afin d'éviter la contamination (lavage des mains, etc.) ?	
S'il s'agit d'un CTC/STC, est-il équipé d'une clôture ?	
Existe-t-il des installations de lavage des mains à l'eau chlorée (0,05 %) et au savon au sein de l'établissement de soins et aux points d'entrée et de sortie ? (indiquer s'il n'en existe pas)	
Les points d'entrée et de sortie sont-ils équipés de pédiluves remplis d'eau chlorée à 0,2 % ?	
À quelle fréquence l'eau des pédiluves est-elle changée ?	
Comment l'eau est-elle traitée, quels sont la formule et les taux de chloration ?	
Comment l'établissement s'approvisionne-t-il en eau, à quelle distance de l'établissement la source d'eau se trouve-t-elle, quelles sont les modalités de traitement et l'eau est-elle stockée ?	
Combien de litres d'eau sont-ils disponibles par patient au sein de l'établissement ?	
Les vêtements et la literie sont-ils désinfectés, et si oui, avec quels produits ?	
Comment les eaux usées sont-elles éliminées ou traitées ?	
Existe-t-il un système de gestion des déchets (fosse, incinérateur) ?	

Besoins en ressources et en fournitures

L'établissement dispose-t-il de suffisamment de fournitures (y a-t-il des ruptures de stock de SRO, de fluides IV, d'antibiotiques, de zinc, de lits de cholériques et de chlore) ?	
Des demandes de fournitures ont-elles été effectuées ? Si oui, auprès de qui et quand ?	
Y a-t-il suffisamment de personnel pour assurer la prise en charge des patients, le contrôle de l'infection et les services d'appui (voir l'annexe 8G pour plus d'informations sur le personnel des établissements) ?	
L'établissement dispose-t-il des ressources financières nécessaires pour assurer la continuité du service et prendre en charge davantage de patients ?	
L'établissement a-t-il suffisamment de place pour accueillir de nouveaux patients ?	
Les besoins en équipements (téléphonie mobile et fixe, internet) pour la communication des alertes et l'envoi de données régulières sont-ils satisfaits ?	
Quels sont les besoins urgents (fournitures, personnel, financements, espace) ?	
Quels sont les besoins à moyen terme ?	

2. Évaluation des besoins hors des établissements de santé

<p>Quelles sont les sources d'eau disponibles et utilisées (puits, forage, étang, rivière à courant libre, collecte des eaux de pluie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle en a été l'évolution récente (interruption de l'approvisionnement en eau, sécheresse, inondations, arrivée de populations) ? 	
<p>Y a-t-il un système de mesure des résidus libres ? Un objectif en % a-t-il été fixé ?</p>	
<p>Y a-t-il un système de mesure de la turbidité ? Des coliformes ? À quelle fréquence ces variables sont-elles mesurées ?</p>	
<p>Observer les sources d'eau et mener une enquête sanitaire rapide afin d'identifier les principales sources de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des interruptions de l'approvisionnement en eau ? • Certaines sources d'approvisionnement en eau potable ou non potable du secteur sont-elles endommagées ? • La communauté utilise-t-elle des sources d'eau susceptibles d'être contaminées, et si oui, quelles sont ces sources (rivière, forage) ? • Y a-t-il eu des ruptures du système d'assainissement ou des évolutions du dispositif ou de l'infrastructure qui ont pu déclencher une contamination ? 	
<p>Quelles mesures ont été prises à l'échelle de la communauté pour traiter les réserves d'eau potable collectives ou les sources d'eau ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un dispositif de suivi des niveaux de chlore et qui en est responsable ? • Ces mesures fonctionnent-elles correctement ou la situation a-t-elle évolué récemment ? 	
<p>Observer ou demander quelles sont les origines de l'eau consommée (source, puits, robinet, vendeurs d'eau, cours d'eau, lac, rivière) et pour quels usages (boisson, cuisine, bain), et si/comment la situation a évolué.</p>	
<p>Quelles ont été les mesures prises à domicile pour traiter l'eau ou la rendre propre à la consommation (ébullition, chloration, filtrage à l'aide d'un linge, filtre céramique, autre méthode, aucune mesure) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces mesures fonctionnent-elles ou la situation a-t-elle évolué récemment ? • Les produits de chloration sont-ils disponibles pour la désinfection de l'eau à domicile et la communauté y a-t-elle accès ? 	
<p>Comment l'eau est-elle stockée à domicile ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situation a-t-elle évolué récemment ? 	
<p>Quelle est la quantité moyenne d'eau potable utilisée par jour ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cela a-t-il évolué, et pourquoi ? 	
<p>Quelle est la quantité moyenne d'eau utilisée par jour pour d'autres usages (y compris le refroidissement) ?</p>	
<p>Existe-t-il des recommandations normalisées pour la chloration des sources communautaires et se situent-elles à l'échelle de la communauté/du foyer ?</p>	

Collecte et élimination des excréments

Les latrines sont-elles utilisées et le sont-elles correctement ?	
Les latrines sont-elles installées de façon à éviter la contamination des réserves d'eau ?	
Des fosses septiques sont-elles utilisées ? Où leur contenu est-il vidé ?	
L'élimination du contenu des fosses septiques permet-elle d'éviter la transmission des maladies ?	
Existe-t-il des égouts ? Où les eaux usées sont-elles rejetées et traitées ?	
Dans les zones ne disposant pas de latrines ou de toilettes à chasse, où les personnes défèquent-elles et existe-t-il des preuves de défécation à l'air libre ?	
Y a-t-il des preuves de débordement de latrines/de fosses septiques ou de détérioration des canalisations de traitement des eaux usées ?	
Les latrines, les fosses septiques et les égouts sont-ils situés à proximité des systèmes d'eau ? : indiquer la distance	

Élimination des déchets

Existe-t-il un service centralisé de collecte des déchets ? • Ce service a-t-il fait l'objet d'évolutions ou d'interruptions ?	
Le dispositif d'élimination des déchets est-il situé à proximité des habitations ? • La distance a-t-elle évolué ?	
Les déchets solides sont-ils retenus ?	
Y a-t-il des preuves de contamination des déchets solides par des selles humaines ?	

Pratiques d'hygiène et de promotion de la santé au sein de la communauté et à domicile

<p>Les personnes savent-elles ce qu'est le choléra, comment il se transmet, comment le détecter et le traiter, et ce qu'il faut faire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment se protéger ? • Ce qu'il faut faire lorsque quelqu'un tombe malade ? • Ce que sont les SRO et comment les utiliser ? • Les foyers possèdent-ils des SRO ou savent-ils où s'en procurer ? • Les personnes savent-elles quand et comment se laver les mains ? • Les personnes savent-elles comment éliminer les selles de façon sûre ? 	
<p>Les informations relatives au lavage des mains, aux pratiques d'élimination des excréments et à la désinfection de l'eau domestique sont-elles disponibles ?</p>	
<p>Quelles sont les pratiques susceptibles de contribuer à la propagation du choléra et à l'augmentation du nombre de malades et de décès, et quelles sont les raisons expliquant que les personnes y aient recours ou non ?</p>	
<p>Les ménages ont-ils accès à du savon et du chlore ? Sous quelle forme ? Savent-ils comment utiliser le chlore ?</p>	
<p>À l'école</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'école dispose-t-elle d'eau traitée ? • Y a-t-il des latrines et si oui, sont-elles propres et équipées d'installations de lavage des mains ? • La nourriture est-elle préparée dans le respect des mesures d'hygiène ? • Les enseignants savent-ils ce qu'il faut faire en cas de choléra ? 	
<p>At funerals and gatherings (specify)</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la nourriture est-elle servie lors de ces rassemblements ? • Des précautions sont-elles prises pour éviter la transmission du choléra lors enterrements et des rassemblements (si oui, lesquelles) ? • Des enterrements ont-ils eu lieu au sein de la communauté et si oui, où et quand ? 	
<p>In restaurants and markets</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nourriture est-elle servie chaude, fraîchement cuisinée et est-elle stockée de façon hygiénique ? • Les personnes qui servent la nourriture se lavent-elles les mains ? • Existe-t-il des mesures de contrôle de l'hygiène et de la qualité des points de vente alimentaires au sein de la communauté et la situation a-t-elle évolué ? 	
<p>Dans les restaurants et sur les marchés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la famille sont-ils en contact avec le corps pendant l'enterrement ? • Les corps sont-ils transportés ? 	

Resources et fournitures

<p>Les stocks de chlore, de seaux avec couvercle ou de jerrycans, de savons, de supports d'information, d'éducation et de communication et d'équipement médical sont-ils suffisants ? Veuillez indiquer toute rupture de stock survenue au cours du mois précédent.</p>	
<p>Des demandes de fournitures ont-elles été effectuées ? Auprès de qui et quand ?</p>	
<p>Combien de ruptures de stock l'établissement a-t-il enregistrées au cours du mois précédent ?</p>	
<p>Y a-t-il suffisamment de personnel (agents de promotion de l'hygiène, ingénieurs spécialisés en assainissement) ?</p>	
<p>Quels sont les besoins urgents ?</p>	
<p>Quels sont les besoins à moyen terme ?</p>	

3. Organisation de la riposte

Existe-t-il un comité de coordination sur le choléra à l'échelle du district ? Est-il multisectoriel ? Indiquer les organisations clés et leurs dirigeants	
Existe-t-il un plan de riposte ?	
Une liste des besoins a-t-elle été établie en fonction de l'évaluation réalisée ?	

4. Sources potentielles de contamination

1. Source d'eau potable 1
2. Source d'eau potable 2
3. Source d'eau potable 3
4. Source d'eau non potable 1
5. Source d'eau non potable 2
6. Source alimentaire 1
7. Source alimentaire 2
8. Autre source 1

ACTIONS À MENER


À court terme et de façon URGENTE

À moyen et long terme

Échantillons de selles

Seule une culture de selles permet de confirmer une épidémie de choléra. Une culture de selles fournit également des informations sur la sensibilité antimicrobienne de la bactérie. Les échantillons de selles doivent être collectés auprès des 5 à 10 premiers patients et envoyés pour examen bactériologique au laboratoire compétent le plus proche (éventuellement à l'étranger).

Les techniques de collecte et de transport d'échantillons de selles ne sont pas compliquées et les procédures permettant d'isoler et d'identifier *V. cholerae* en laboratoire et de déterminer sa sensibilité antimicrobienne sont relativement simples.

Les échantillons de selles collectés et placés en milieu de transport Cary Blair, conservés à température ambiante et arrivant au laboratoire après plusieurs jours présentent encore des bactéries d' *V. cholerae* viables. Les résultats sont normalement disponibles sous 24 à 48 heures. Les procédures de collecte, de transport et d'exploitation des cultures de selles sont normalement à la portée des laboratoires de tous les pays et de la plupart des laboratoires provinciaux et de district dans les pays endémiques. Se référer aux [CDC Methodes de laboratoire pour le diagnostic de la dysenterie epidemique et du cholera](#) .

Tests de diagnostic rapide (TDR)

Un test de diagnostic rapide (TDR) apporte des informations complémentaires importantes qui, associées aux informations cliniques et épidémiologiques, peuvent confirmer ou infirmer l'origine cholérique de l'épidémie, en particulier dans l'attente des résultats des cultures de selles. Il n'est pas nécessaire de disposer d'un laboratoire équipé pour réaliser des TDR du choléra, qui peuvent être effectués sur le terrain ou dans n'importe quel cabinet. Ils ne sont cependant pas spécifiques à 100 % et ne fournissent pas d'isolats concernant le diagnostic de la sensibilité antimicrobienne, le typage sérologique, le dépistage de toxines ou le sous-typage moléculaire.

Le TDR Crystal VCR pour *V. cholerae* O1 et O139 fournit un résultat en 10 minutes environ. Il peut être utilisé pour repérer les débuts de d'épidémie, si les tests sont achetés et distribués à tous les échelons du système national de santé. Les TDR sont assez abordables (environ 2 \$ par test) et faciles à utiliser (même avec des compétences techniques limitées) en suivant le mode d'emploi fourni.


Cependant, les TDR ne sont pas très utiles pour diagnostiquer le choléra chez un patient unique. Plus le nombre de patients dépistés est important, plus les résultats des TDR sont fiables (soit majoritairement positifs, soit majoritairement négatifs).

Voici un exemple d'utilisation du TDR Crystal VC sur un groupe de patients :

- Si la cause de la maladie est le choléra, le test sera positif dans 8 ou 9 cas (sensibilité = 80-90 %).
- Si ce groupe de patients souffre d'une autre maladie, le TDR sera négatif dans la plupart des cas (au moins 6 sur 10, voire plus) (spécificité > 60 %).

En raison de son utilité potentielle, il est recommandé d'intégrer le TDR Crystal VC, ainsi qu'un mode d'emploi ou des directives adaptées au contexte local, aux kits de fournitures distribués en prévision d'une épidémie dans les zones où celles-ci sont prévisibles.

Confirmation en laboratoire sur des réservoirs environnementaux

Il est possible d'isoler *V. cholerae* sur des échantillons alimentaires et environnementaux, y compris dans les eaux usées. Les méthodes utilisées sont expliquées en détail dans le document [« Centers for Disease Control and Prevention Laboratory Methods for the Diagnosis of Vibrio cholerae; examination of food and environmental samples »](#) . Néanmoins, il est déconseillé d'avoir recours à ces procédures de façon régulière pour les raisons suivantes :

- Elles sont très chronophages et mobilisent beaucoup de ressources.
- En l'absence d'un dépistage complet, les échantillons environnementaux peuvent produire des faux positifs, en raison de la présence de souches de vibron non toxigènes, non-O1 ou non-O139 qui ne sont pas responsables du choléra.

- Dans les selles d'une personne contaminée, la concentration de bactéries du choléra est très élevée, alors qu'elle est souvent beaucoup plus faible dans les échantillons environnementaux (nourriture, eau), qui nécessitent parfois de recourir à des techniques d'ultrafiltration ou de concentration.
- D'autres organismes indicateurs, tels qu'*Escherichia coli*, dont l'absence ou la présence peut être simplement confirmée par un test rapide, sont souvent utilisés pour déterminer la sécurité microbiologique de l'eau potable.
- Les pays à faible revenu ne disposent généralement pas de capacités de dépistage environnemental.
- Les études cas-témoins ou autres études épidémiologiques sont considérées comme étant plus fiables pour identifier la/les source(s) de transmission du choléra.

L'évaluation des risques de transmission du choléra à partir de sources d'eau, de points de vente alimentaires ou d'autres sources spécifiques repose donc sur les éléments suivants :

- Études cas-témoins ou études de cohorte visant à identifier les sources d'eau et/ou les points de vente alimentaires fréquentés par les personnes présentant des symptômes de choléra, en comparaison avec des personnes non contaminées et asymptomatiques.
- Relevés sanitaires autour des points d'eau afin d'identifier les risques de contamination.
- Inspections de l'hygiène et de la sécurité alimentaires dans les points de vente alimentaires.
- Dépistage des coliformes thermotolérants (principalement *E.coli*) dans les sources d'eau comme indicateur du niveau de contamination fécale et du risque potentiel de présence de *V. cholerae*.

ⁱ Mintz, Eric, « Personal communication », Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), États-Unis (juin 2012).

Pour une version imprimable de ce modèle, [cliquer ici](#)



Alerte signalée	Date et auteur du signalement	Détails de l'alerte : <ul style="list-style-type: none"> • Qui est touché ? • Où se situe la zone touchée ? • Quand le premier cas est-il apparu ? • Combien de personnes sont-elles touchées ? • Des décès ont-ils été signalés ? 	Alerte mise à jour le (date et heure)	Actions menées Indiquer le nom de la personne qui a mené l'action, la date et l'heure, et préciser l'action menée)	Remarques	Statut de l'alerte <ul style="list-style-type: none"> • En cours • Terminée

Justification :

Le dispositif d'alerte vient en appui au ministère de la Santé pour la réception, la vérification et la prise en charge urgente des alertes de choléra, afin de permettre une riposte rapide de la part de tous les partenaires et secteurs concernés.

Définition des objectifs :

Objectifs généraux :

Mettre en place un dispositif d'alerte pour la détection précoce des cas et décès dus au choléra, afin de mettre en œuvre des mesures urgentes de riposte et de limiter les conséquences en termes de morbidité et de mortalité.

Objectifs spécifiques :

- Évaluer et identifier les alertes/« points chauds » et organiser une riposte urgente en collaboration avec les partenaires en fonction des besoins (fournitures, formation, mobilisation sociale, eau, assainissement et hygiène)
- Mettre en place un dispositif d'alerte systématique, avec la participation de différents partenaires pour la publication des bulletins quotidiens et hebdomadaires.

Définition des types d'alerte

- Nouveaux cas et décès dans des zones n'ayant pas encore fait l'objet d'un signalement
- Pousée de cas et de décès dans des zones ayant déjà fait l'objet d'un signalement

Pendant l'épidémie, d'autres critères peuvent être inclus dans la définition de l'alerte :

- Capacités insuffisantes des centres de traitement
- Accès insuffisant à des équipements et services d'eau, d'assainissement et d'hygiène
- Absence de partenaires dans les zones définies
- Pénurie de médicaments et d'équipements
- Inaccessibilité des services

DÉFINITION DE CAS

Ajouter ici la définition de cas convenue

Provenance des alertes :

- Ministère de la Santé (MS), y compris les autorités sanitaires locales dans les districts
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Organisations non gouvernementales (ONG)
- Organisations internationales : agences des Nations unies, Croix-Rouge/Croissant-Rouge
- Autres partenaires pertinents du secteur de la santé, y compris les organisations du secteur privé et de la société civile
- Autres, y compris rumeurs locales, médias, blogs, etc.

Types de riposte (voir exemples ci-dessous : plusieurs réponses possibles) :

- Mise en place d'un CTC/STC
- Mise en place d'un ORP
- Interventions relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) : accès à une eau sûre, assainissement, distribution de pastilles de purification de l'eau, etc.
- Approvisionnement en fournitures
- Formation et recrutement du personnel de santé
- Communication.

Stratégie du dispositif d'alerte :

1: Réception des informations : les informations peuvent être reçues 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par e-mail ou par téléphone

DISPOSITIF D'ALERTE OMS/GOUVERNEMENT

E-mail xxxxxcholera@who.com
xxxxxcholera@gmail.com

Tel: **+XX.XXX.XXX.XXXX**

2: Vérification des informations :

- Organe central du ministère de la Santé et autorités décentralisées, y compris les agents de santé
- OMS : équipes centrales et décentralisées
- Partenaires qui mettent en œuvre des programmes de lutte contre le choléra dans les lieux décentralisés

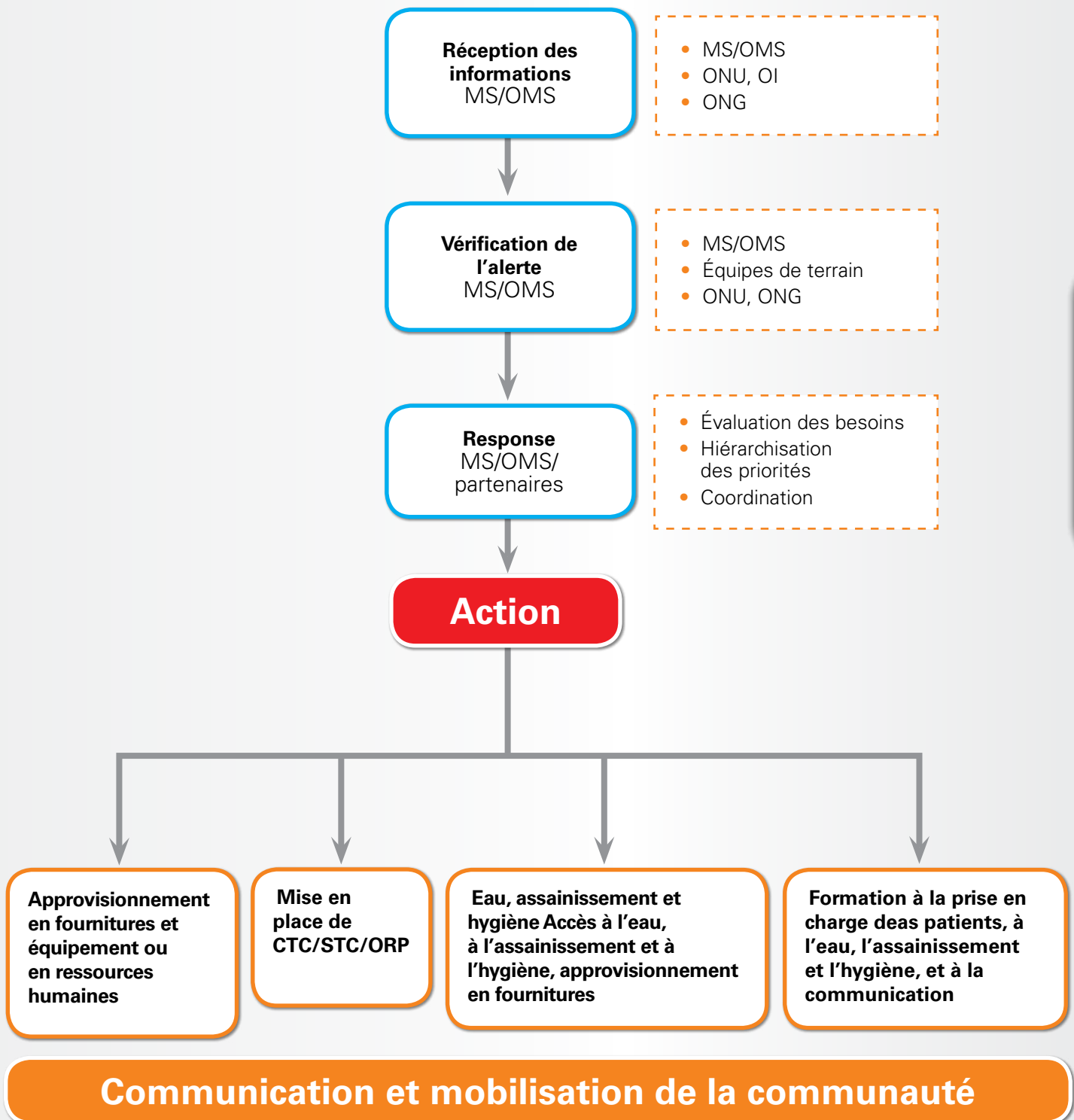
3: Actions de riposte de l'équipe d'alerte (exemples) :

- Hiérarchisation des alertes en fonction du degré d'urgence
- Organisation de réunions avec le MS et les partenaires (coordination)
- Recherche de partenaires pour la réalisation d'évaluations des risques et des besoins
- Déploiements d'équipes d'intervention rapide
- Mobilisation des partenaires pour la mise en œuvre de la riposte (voir ci-dessous)

4: Actions

- Activités liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH)
- Mise en place de CTC, STC et ORP
- Formation du personnel
- Mobilisation des fournitures médicales et d'eau, d'assainissement et d'hygiène
- Communication et mobilisation de la communauté.

Schéma d'alerte – Riposte MS/OMS/partenaires



Informations complémentaires à inclure dans une liste descriptive de cas

Pourquoi ces informations doivent-elles être recueillies ?

Nom	<p>Les noms des patients cholériques doivent être consignés dans le registre de l'établissement pour permettre leur suivi après la sortie ou pour identifier les personnes en rechute qui ont besoin d'un traitement complémentaire. Le registre permet de suivre la qualité des soins délivrés par l'établissement et de vérifier le respect des consignes données aux personnes qui sortent de l'établissement. Il sert également à éviter de recenser deux fois les patients en cas de réadmission.</p> <p>Les noms des patients constituent des informations personnelles qui doivent rester confidentielles en toute circonstance. Les noms ne doivent en aucun cas être divulgués à des personnes extérieures. Pour des raisons que l'on comprend mal, le choléra est une maladie qui véhicule une certaine stigmatisation.</p>
Âge	<p>L'âge doit être consigné pour plusieurs raisons. Connaître la répartition des cas en fonction de l'âge, ainsi que le nombre de cas, permet, entre autres, de veiller à ce que l'établissement dispose de suffisamment de produits essentiels, comme le zinc.</p> <p>Une définition de cas qui tient compte de l'âge (comme la définition de l'OMS : diarrhée aqueuse aiguë chez une personne de 5 ans ou plus) peut entraîner certaines difficultés : en effet, cela ne permet pas d'intégrer au dispositif de surveillance du choléra les cas suspects qui ne remplissent pas le critère d'âge. Si on élimine le critère d'âge dans la définition de cas, mais que l'on consigne l'âge du patient, on peut facilement distinguer les patients qui correspondent à la définition de l'OMS des autres. Cette distinction est utile car elle permet d'identifier l'augmentation du nombre de cas de DAA qui concernent les enfants de moins de 5 ans et qui peuvent être causés par un rotavirus ou d'autres pathologies pédiatriques et non par le choléra.</p> <p>Comme cela a déjà été indiqué, l'âge peut être consigné aussi précisément que possible, mais cette mesure n'est pas indispensable au suivi. Même si l'âge exact peut être utile à l'analyse épidémiologique exhaustive d'un moment précis de l'épidémie, le personnel occupé, voire débordé, des établissements périphériques, devra noter l'âge en distinguant simplement « moins de 5 ans » ou « plus de 5 ans ». Si possible et si cela est souhaitable, on pourra préciser la catégorie d'âge : 5-14 ans, 15-44 ans, et 45 ans ou plus.</p>
Sexe / Genre	<p>L'intérêt de la collecte de l'information sur le sexe/genre est présenté à la section 2.3.4 du Guide. <i>V. cholerae</i> n'infecte pas plus un sexe qu'un autre, mais le risque d'exposition des hommes et des femmes peut varier selon le contexte, et l'analyse des raisons sous-jacentes peut être utile dans la lutte contre la maladie.</p>
Adresse	<p>Comme pour le nom, le fait de consigner l'adresse dans la liste descriptive de cas permet d'assurer le suivi des personnes sorties de l'établissement et d'éviter de recenser deux fois un même patient. Plus important encore, cette information permet d'établir une cartographie localisée des cas de choléra. Savoir d'où proviennent les cas, et notamment où les premiers cas sont apparus, peut constituer une information stratégique pour cibler les actions de lutte contre la maladie (on pense notamment à John Snow et à la pompe à eau de Broad Street ; les cartes qu'il a établies restent des exemples typiques d'épidémiologie du choléra). La cartographie des adresses de résidence des patients peut démontrer le regroupement géographique des cas et fournir des indices quant à la source de l'épidémie et aux voies probables de transmission. Ces informations de suivi peuvent à leur tour indiquer quelles sont les zones qui mériteraient une intensification de la surveillance active et de la recherche de cas, voire contribuer à orienter les mesures de lutte vers des zones prioritaires.</p>
Date d'apparition des symptômes	<p>La date d'apparition des symptômes permet d'établir une « courbe épidémique », c'est-à-dire un histogramme à barres simple qui indique le nombre de cas par date d'apparition (voir l'exemple). Les épidémiologistes se servent des courbes épidémiques pour identifier le type d'épidémie (source unique, de personne à personne, expositions multiples, etc.), pour prévoir la date du pic de l'épidémie et sa fin. Une courbe épidémique doit être établie par chaque établissement et les districts, provinces et l'échelon national doivent également établir des courbes épidémiques et les mettre à jour de façon régulière, en tant que de besoin.</p>

Pourquoi ces informations doivent-elles être recueillies ?

Date d'admission / première visite	Le fait de consigner la date de la première visite dans l'établissement fournit des informations sur l'accès et le recours aux services de santé disponibles. Dans le cas du choléra, il est absolument essentiel de réduire autant que possible le délai entre l'apparition de la maladie et la recherche de soins. Comme cela a déjà été indiqué, le choléra peut tuer en quelques heures. Savoir si l'accès à une prise en charge clinique est trop long et en établir les raisons permettent de sauver des vies, si une solution est apportée à ces problèmes.
Degré de déshydratation (au moment de l'accueil)	Connaître la proportion de cas reçus par un établissement de santé et ne présentant aucune déshydratation, ou bien une déshydratation légère, modérée ou sévère, permet de déterminer les causes responsables du retard de la prise en charge. Le cas échéant, les raisons de cet accueil tardif au sein des établissements de santé doivent être éclaircies rapidement. Ces informations contribuent à l'établissement des prévisions de besoins en ressources et en fournitures.
Traitement	Il est essentiel de consigner le traitement prescrit et délivré à chaque patient accueilli dans un établissement afin de déterminer les résultats obtenus par l'établissement. Il est également très important de veiller à ce que les patients et leur degré de déshydratation soient correctement évalués, que le traitement correspondant soit bien prescrit, et que ces informations fassent l'objet d'un suivi régulier par les autorités de santé. Ces informations n'ont pas forcément besoin d'être consignées dans la liste descriptive de cas, mais doivent être saisies dans les fiches de traitement conservées dans le dossier de chaque patient. Si l'établissement dispose d'un statisticien ou d'un agent de saisie, ces informations peuvent être intégrées au registre au moment de la sortie du patient.
Issue	L'issue de la maladie pour chaque patient doit être consignée dans la liste descriptive de cas. « Retour à domicile », « décédé(e) » ou « en évasion » (sortie contre avis médical) seront les mentions les plus fréquentes.

Même si cela n'est généralement pas consigné dans le registre des patients, il peut être utile de poser d'autres questions particulières sur les conditions de vie, l'accès à l'eau et les conditions d'assainissement et d'hygiène au domicile lorsque les patients sont accueillis dans un établissement de soins. Ces informations permettent d'analyser les principaux risques potentiels pour certains membres de la société (femmes, hommes, filles, garçons, personnes âgées, etc.), ce qui peut alors servir à élaborer des mesures de riposte adaptées

Pour utiliser une version modifiable de ce tableau Excel, veuillez cliquer ici 

Ce document est une proposition de tableau Excel pour la collecte et le suivi des informations sur les cas de choléra recensés par différents CTC dans une zone géographique spécifique. Le tableau Excel ci-joint a été conçu pour gérer les informations d'un maximum de 10 CTC pour une durée allant jusqu'à 26 semaines (environ 6 mois), avec une feuille de calcul propre à chaque CTC.

Afin de réduire le risque de modification de formules par inadvertance, le tableau Excel a été verrouillé et permet aux utilisateurs de saisir des informations uniquement dans les cellules situées en haut de la page. Les utilisateurs peuvent déverrouiller le tableau Excel pour le modifier et le personnaliser en fonction de leurs besoins spécifiques. Le mot de passe est **cholera**.

Le tableau Excel est accessible par ce lien  Il est composé des classeurs suivants :

- Un classeur introductif **Explication**, qui indique comment remplir et utiliser les autres classeurs.
- Dix classeurs faisant état de la situation des **CTC** (CTC 1 à CTC 10) : le nom/titre du classeur pour chaque CTC peut être modifié pour inclure son nom/sa désignation spécifique.

Voir ci-dessous pour les explications à propos des détails sur les champs et les informations requises pour ces classeurs.

Nom et dénomination du CTC

Population dans le secteur desservi par le CTC

Cholera case record		General Hospital		Population :		50,000								
Week	Days	New cases			Deaths			CFR %	Weekly incidence /100	AR (%)	Moderate case (ORS only)	Severe case (IV +/- ORS)	CONSUMPTION	
		< 5 years	> 5 years	Total	< 5 years	> 5 years	Total						RINGER	ORS
2013														
Mo	11-03-13	0	6	6	0	0	0	0.0			2	4	48	240
Tu	12-03-13	1	8	9	0	0	0	0.0			6	3	36	180
Wd	13-03-13	2	9	11	1	0	1	9.1			5	6	72	360
Th	14-03-13	0	12	12	0	0	0	0.0			10	2	24	120
Fr	15-03-13	3	3	6	0	0	0	0.0			1	5	60	300
Sat	16-03-13	1	9	10	0	0	0	0.0			7	3	36	180
Sun	17-03-13	1	10	11	0	1	1	9.1			8	4	48	240
Total		8	57	65	1	1	2	3.1	0.13	0.13	39	27	324	1620
Week 11														
Mo	18-03-13	3	13	16	1	0	1	6.3			6	10	120	600
Tu	19-03-13	4	6	10	0	0	0	0.0			8	2	24	120
Wd	20-03-13	1	7	8	0	0	0	0.0			6	4	48	240
Th	21-03-13	1	9	10	0	1	1	10.0			8	2	24	120
Fr	22-03-13	2	5	7	0	0	0	0.0			4	3	36	180
Sat	23-03-13	3	6	9	0	0	0	0.0			6	3	36	180
Sun	24-03-13	2	12	14	0	0	0	0.0			12	2	48	240
Total		16	58	74	1	1	2	2.7	0.15	0.28	50	50	336	1680
Week 12														
Mo	25-03-13	3	10	13	1	0	1	7.7			10	3	36	180
Tu	26-03-13	4	12	16	0	0	0	0.0			11	5	60	300
Wd	27-03-13	1	18	19	0	0	0	0.0			12	7	84	420
Th	28-03-13	1	23	24	0	2	2	8.3			13	11	132	660
Fr	29-03-13	2	25	27	0	1	1	3.7			14	13	156	780
Sat	30-03-13	3	29	32	0	1	1	2.6			15	19	228	1140

Insérer la date

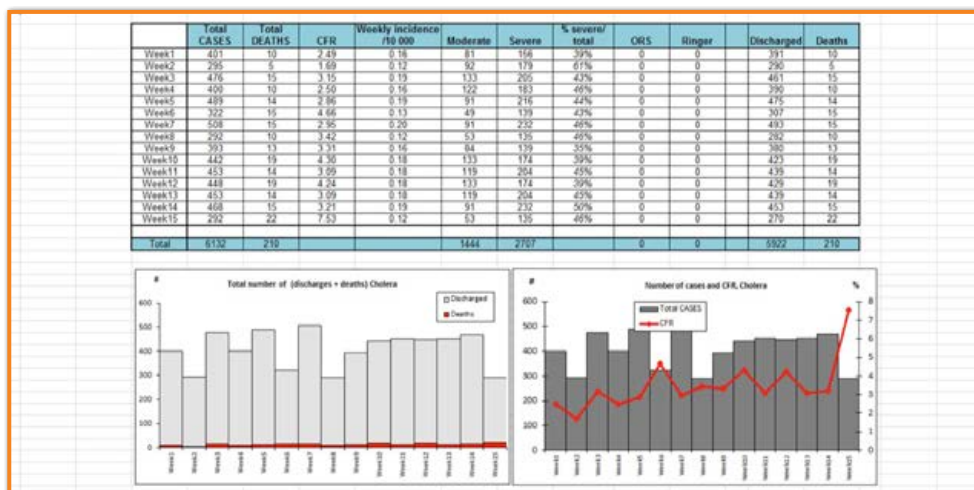
Insérer le nombre de semaines(1)

Ces éléments peuvent être renommés pour prendre le nom/la dénomination du CTC concerné

(1) Note importante: Si vous entamez la collecte de données pendant la semaine 3 pour le CTC 1, et que les cas sont déclarés deux semaines plus tard dans un nouveau CTC2, vous devez noter les cas sur la feuille de calcul CTC2 en commençant avec la semaine concernée sans effacer les semaines précédentes qu'il faudra remplir avec le chiffre zéro.

SUMMARY		Total Population										252,000
Cholera case record												
Week	Days	New cases			Deaths			CFR	Weekly incidence /100	AR (%)	Moderate case (ORS only)	Severe case (IV + ORS)
		< 5 years	> 5 years	Total	< 5 years	> 5 years	Total					
2013												
Mo		10	43	53	0	2	2	3.8			5	19
Tu		10	55	65	2	1	3	4.6			10	20
Wd		11	45	56	1	1	2	3.6			10	24
Th		12	38	50	0	0	0	0.0			16	18
Fr		20	34	54	0	0	0	0.0			3	25
Sat		13	42	55	1	0	1	1.8			15	24
Sun		13	55	68	1	1	2	2.9			17	26
Week		89	312	401	5	5	10	2.5	0.16	0.14	81	158
Mo		0	33	33	4	1	5	15.2			9	21
Tu		18	28	46	0	1	1	2.3			12	25
Wd		11	36	47	0	0	0	0.0			11	24
Th		13	36	49	0	1	1	2.0			14	24
Fr		19	34	53	0	0	0	0.0			11	24
Sat		16	35	51	2	0	2	3.9			14	27
Sun		8	43	51	0	1	1	2.0			21	34
Week		91	245	295	6	4	5	1.7	0.12	40100.12	92	179
Mo		9	34	43	3	2	5	11.6			13	18
Tu		15	40	55	1	0	1	1.8			15	22

Un classeur **Case Global Summary** sur le résumé global des cas : le total des données globales des CTC relevées dans le tableau Excel (jusqu'à 10) y est automatiquement calculé et présenté.



Un classeur **Graph Summary** avec un résumé graphique présente le résumé des totaux hebdomadaires pour la zone géographique. Il inclut deux graphiques :

- i) Nombre total de personnes sorties et nombre de décès par semaine, et
- ii) Nombre de cas et taux de létalité par semaine.

SUMMARY		Total Population										252,000
Cholera case record												
Week	Days	New cases			Deaths			CFR	Weekly incidence /100	AR (%)	Moderate case (ORS only)	Severe case (IV + ORS)
		< 5 years	> 5 years	Total	< 5 years	> 5 years	Total					
2013												
Mo		10	43	53	0	2	2	3.8			5	19
Tu		10	55	65	2	1	3	4.6			10	20
Wd		11	45	56	1	1	2	3.6			10	24
Th		12	38	50	0	0	0	0.0			16	18
Fr		20	34	54	0	0	0	0.0			3	25
Sat		13	42	55	1	0	1	1.8			15	24
Sun		13	55	68	1	1	2	2.9			17	26
Week		89	312	401	5	5	10	2.5	0.16	0.14	81	158
Mo		0	33	33	4	1	5	15.2			9	21
Tu		18	28	46	0	1	1	2.3			12	25
Wd		11	36	47	0	0	0	0.0			11	24
Th		13	36	49	0	1	1	2.0			14	24
Fr		19	34	53	0	0	0	0.0			11	24
Sat		16	35	51	2	0	2	3.9			14	27
Sun		8	43	51	0	1	1	2.0			21	34
Week		91	245	295	6	4	5	1.7	0.12	40100.12	92	179
Mo		9	34	43	3	2	5	11.6			13	18
Tu		15	40	55	1	0	1	1.8			15	22

Un classeur **Graph per CTC** avec un graphique par CTC montre un résumé des totaux hebdomadaires des cas et l'incidence hebdomadaire par CTC, pour l'ensemble des CTC. Il inclut deux graphiques :

- iii) Nombre de cas de choléra par centre, et
- iv) Incidence hebdomadaire du choléra par centre (et district).

Indicateur	Description
Cas	<p>Déterminés d'après la définition de cas :</p> <p>Cas suspecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En dehors d'une épidémie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans une zone où la maladie n'est pas considérée comme présente (zone non endémique), une personne de plus de 5 ans développe une déshydratation sévère ou décède d'une DAA, ou bien ▪ Dans une zone endémique, une personne développe une DAA, avec ou sans vomissements • Pendant une épidémie : une personne âgée de plus de 5 ans (parfois 2 ans), qui développe une DAA, avec ou sans vomissements (OMS 2012), OU toute personne présentant plus de 3 selles liquides avec ou sans vomissements sur une période de 24 heures (MSF 2004). <p>Cas confirmé : un cas suspecté pour lequel <i>V. cholerae</i> O1 ou O139 a été isolé dans les selles.</p>
	<p>Analyse : collecte et signalement quotidiens des cas afin d'identifier les points chauds nécessitant une riposte immédiate et de situer la zone concernée sur la courbe épidémique. Le nombre de cas servira à calculer les taux d'incidence, les taux de létalité (TL), les taux d'hospitalisation et les taux d'attaque. L'absence de cas détectés constituera également un indicateur. Il est possible que les communautés ou les établissements ne signalent pas les cas (comme cela peut arriver pendant les vacances), que les patients n'aient pas recours aux soins, ou que la zone n'ait pas encore été infectée mais présente un risque imminent.</p>
	<p>Définition : Le calcul de l'incidence est le meilleur moyen de déterminer l'étendue ou l'ampleur d'une épidémie de choléra. L'incidence d'une maladie est le taux de nouveaux cas survenant au sein d'une population sur une période donnée. Dans le cadre du suivi de l'épidémie de choléra, on utilise d'abord l'incidence quotidienne, puis l'incidence hebdomadaire une fois l'épidémie stabilisée.</p>
Incidence	$\text{Incidence hebdomadaire (pour 1 000 personnes)} = \frac{\text{(Nombre de nouveaux cas de choléra pendant la semaine} \times 1\,000)}{\text{(population concernée (communauté, site de personnes déplacées))}}$
	<p>Comment calculer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de cas – Il peut être déterminé à partir de la liste descriptive de cas • Population à risque d'exposition - Pour déterminer un taux d'incidence, il faut connaître la population qui est à risque d'exposition par l'agent étiologique. C'est assez simple dans le cas de situations stables (camps de réfugiés, par exemple). En revanche, en cas de flux migratoires importants (situations d'urgence complexes, situations dans lesquelles la peur du choléra est élevée, ou autres circonstances), la population peut varier considérablement d'une semaine à l'autre. C'est pourquoi il est souvent plus utile de calculer l'incidence pour chaque « bassin de population » ou pour chaque établissement desservant une population spécifique et définie. La population desservie par l'établissement, si elle est stable, peut être calculée à partir des informations du recensement ou d'autres activités sanitaires, comme la microplanification pour l'éradication de la polio ou d'autres actions liées à la vaccination. Lorsque l'incidence par établissement ne peut être calculée en raison d'incertitudes quant à la population desservie, il est possible d'estimer l'incidence pour une zone administrative plus importante, comme le district, en divisant le nombre total de cas signalés dans l'ensemble des établissements qui desservent la population du district sur la période concernée par la population estimée du district, d'après les données du précédent recensement ou d'autres sources. <p>Au début d'une épidémie, lorsque le nombre de patients reçus atteint un pic, l'incidence peut être calculée quotidiennement. Le reste du temps, l'incidence hebdomadaire suffit en général. Le quotient obtenu est normalement multiplié par 1 000 (comme indiqué ci-dessus) pour permettre des comparaisons homogènes entre les établissements. L'incidence hebdomadaire est par exemple indiquée comme étant de 190/1 000 habitants, ce qui signifie qu'un peu moins de 1 personne sur 5 vivant dans le bassin de population concerné a fait l'objet d'un signalement, a été reçue par le centre de traitement et correspondait à la définition de cas du choléra.</p> <p>Analyse - comparaison de l'ampleur des cas : L'incidence locale, qu'elle soit quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, permet aux autorités sanitaires d'effectuer des comparaisons afin de déterminer les zones qui sont confrontées aux épidémies les plus graves. Pour pouvoir comparer l'ampleur d'une épidémie dans une zone à celle d'une autre zone, il faut connaître la population desservie par l'établissement. Une centaine de cas reçus dans un cabinet qui dessert dix mille personnes indique un problème bien plus restreint que cinquante cas sur une population d'un millier de personnes. Cela permet de mieux cibler les actions de lutte contre la maladie.</p> <p>Cas asymptomatiques - En matière d'épidémiologie du choléra, il est important de rappeler qu'un grand nombre des personnes infectées par <i>V. cholerae</i> O1 ou O139 ne développe aucun symptôme. On estime que la proportion d'individus asymptomatiques est de l'ordre de 80 % ou plus. Elle serait plus élevée dans les zones endémiques et plus faibles dans les zones non endémiques, qui n'ont pas ou peu été exposées auparavant et où les personnes sont peu ou pas immunisées. L'incidence ne correspond pas au nombre d'infections à <i>V. cholerae</i>, mais indique uniquement le taux auquel les personnes développent une maladie symptomatique et, bien évidemment, la proportion de patients symptomatiques qui se sont présentés dans les établissements, ont été diagnostiqués et enregistrés.</p>

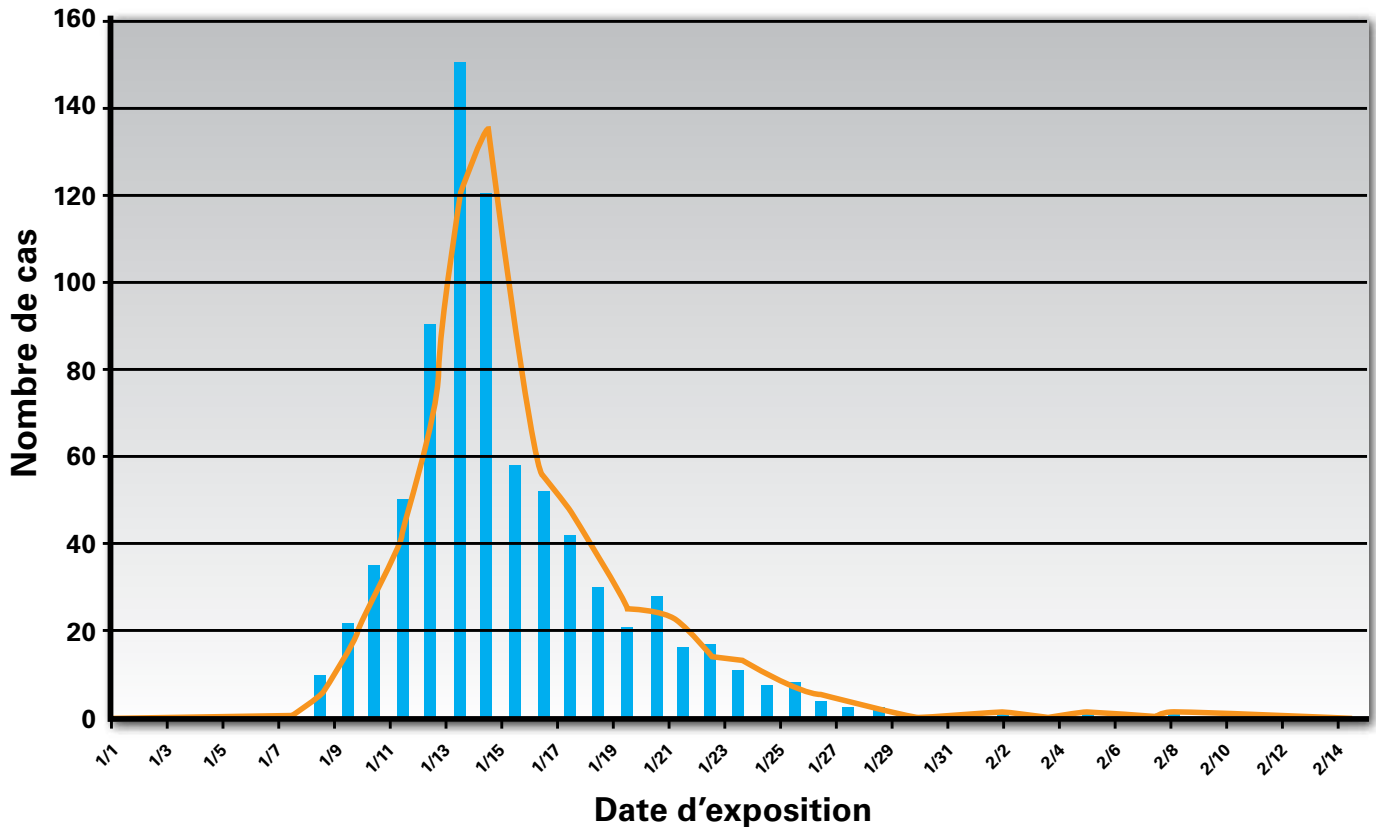
Indicateur	Description
Décès	<p>Définition : Décès lié à tous les éléments décrits comme constituant un cas, d'après la définition de cas</p>
La létalité	<p>Définition : Le deuxième indicateur important dans le cadre du suivi est le ratio de létalité de l'établissement, qui donne une indication sur la qualité des soins reçus par les patients et sur la capacité des personnes à se rendre dans les établissements de santé dans un délai raisonnable. Il correspond au nombre de patients cholériques qui décèdent dans l'établissement sur une période donnée, divisé par le nombre de nouveaux cas reçus pendant cette même période.</p> <p>Remarque : Il y a une différence entre le taux de létalité et le fatality <i>ratio</i> de létalité. Pour le calcul du taux, les cas comptabilisés dans le numérateur sont inclus dans le dénominateur. Chaque décès comptabilisé concerne une personne reçue pendant la semaine concernée, et qui est donc incluse dans le dénominateur. En pratique, cela n'arrive pas souvent, car les cas reçus la semaine précédente peuvent survivre jusqu'à la semaine suivante et être comptabilisés parmi les décès (le numérateur) au cours d'une semaine pendant laquelle ils n'ont pas été comptabilisés parmi les cas (le dénominateur). Plus la période de référence est courte, plus cette distinction est significative : en pratique, les taux de létalité journaliers sont presque toujours des <i>ratios</i>, tandis que les taux de létalité mensuels se rapprochent davantage de véritables <i>taux</i>.</p> $\text{Létalité (\%)} = \frac{(\text{Décès dus au choléra en une semaine} \times 100)}{(\text{Nouveaux cas de choléra pendant la même semaine})}$ <p>Comment calculer : Par convention, la létalité est exprimés en pourcentage : le quotient est donc multiplié par 100 (comme indiqué ci-dessus). Le calcul régulier la létalité permet de connaître instantanément l'efficacité de la prise en charge des patients.</p> <p>Utilisation de la létalité pour évaluer l'efficacité de la riposte : Trente-et-un (31) décès survenus sur les 284 patients reçus dans l'établissement en une semaine donneraient une létalité de 10,9 %. Cette létalité n'est pas inhabituelle en début d'épidémie, lorsque les patients repoussent le recours aux soins et avant l'ouverture d'établissements de traitement adaptés, la mise en œuvre de stratégies de communication, la mise en place d'actions de formation, l'approvisionnement en fournitures suffisantes et la mobilisation de professionnels de santé suffisamment nombreux pour prendre en charge les patients. En revanche, la létalité doit très rapidement décroître pour devenir inférieur à 1 % (l'objectif établi et généralement admis pour le contrôle du choléra) bien que, pour certains groupes de populations, notamment les personnes fragilisées par des pathologies existantes (VIH/sida, malnutrition), la létalité peut rester très élevé. Dans le cas où la létalité d'un établissement donné ou la létalité globale resteraient supérieurs à 1 % pendant plusieurs périodes consécutives, et en particulier au-delà des premières semaines d'une épidémie, une enquête et des mesures correctives doivent être prises. Lorsque la létalité se maintient à un niveau élevé, cela s'explique généralement par un recours aux soins systématiquement repoussé. Cela montre bien l'importance de stratégies de communication efficace, et/ou l'existence de procédures de traitement inadaptées qui nécessitent une nouvelle formation et un suivi renforcé de tous les intervenants qui administrent des traitements de réhydratation intraveineuse ou orale. Aucun décès ne devrait survenir chez des patients qui ont été traités au cours des quatre (4) dernières heures et qui n'ont pas de facteurs de risque sous-jacents. En résumé, tous les décès devraient survenir chez des patients arrivant au CTC/STC alors qu'ils sont mourants, généralement parce qu'ils ont repoussé leur recours aux soins ou parce qu'ils ont eu des difficultés à accéder à l'établissement de santé. Les décès qui surviennent après quatre (4) heures sont presque toujours attribuables à une prise en charge inefficace des patients, dont les raisons doivent être recherchées et corrigées. Les données issues des communautés ou des listes descriptives de cas peuvent être ventilées pour indiquer également la létalité par communauté.</p>
La léthalité	<p>Remarque : différence entre les ratios de létalité journaliers et les ratios de létalité calculés sur des périodes plus longues : entre la létalité journalière et la létalité calculé sur des périodes plus longue. Alors qu'il est très utile en début d'épidémie, au fur et à mesure que le nombre de cas diminue, un seul décès peut faire repasser le RL journalier au-dessus de 1 %. Les RL calculés sur des périodes plus longues (sur la semaine ou sur 7 ou 14 jours glissants) sont moins sensibles aux variations spectaculaires que l'on observe sur les RL journaliers et peuvent être plus adaptés à long terme.</p> <p>Remarque : il faut également envisager d'utiliser une létalité cumulée. Comme le TA, il est généralement calculé pour la durée entière de l'épidémie, ou annuellement dans les zones endémiques. Bien qu'il soit également très utile pour donner rétrospectivement des informations clés sur la sévérité globale de l'épidémie et l'efficacité de la prise en charge clinique, cet indicateur peut être problématique, car il n'atteindra jamais le niveau idéal de 1 % si l'épidémie est courte et que la létalité était élevé lors du premier pic épidémique. Même lors de grandes épidémies, comme au Zimbabwe ou en Haïti, après plusieurs semaines de létalité très bas, la létalité cumulée restera bien au-dessus de la barre des 1 % en raison du nombre élevé de cas et la létalité élevés des premières semaines.</p>

Indicateur	Description
Taux d'hospitalisation	<p>Définition : tous les patients atteints de diarrhée aqueuse aiguë abondante, avec ou sans vomissements, qui passent au moins une nuit dans un établissement de santé dans une région touchée par le choléra, indépendamment de leur niveau de déshydratation ou du traitement reçu. La définition de l'hospitalisation doit être convenue et clarifiée par l'ensemble des partenaires afin de rester cohérente.</p>
	$\text{Taux d'hospitalisation} = \frac{(\text{Nombre d'hospitalisations} \times 100)}{(\text{Nombre de cas reçus pendant la semaine})}$
	<p>Analyse : le taux d'hospitalisation peut être élevé en début d'épidémie lorsque tous les cas ne sont pas détectés (le nombre d'hospitalisations semble alors plus élevé), que les cas survenant dans les communautés ne sont pas tous signalés, qu'il n'y a pas de prise en charge précoce et que la définition de cas n'est pas correctement utilisée. Toutes les personnes accueillies par l'établissement sont alors considérées comme hospitalisées. La riposte doit tenir compte de cet indicateur et il faut donc procéder à une évaluation de la méthodologie de collecte des données ou bien à une évaluation des connaissances, du recours aux soins et des dispositifs d'aiguillage au sein des communautés. Le taux de référence moyen est estimé à 34 %, sur la base de données observées au Pérou en 1991.</p>
Taux d'attaque (TA) ou l'incidence cumulée (IC)	<p>Définition: le taux d'attaque est parfois appelé « taux d'incidence cumulée » et correspond à la part de la population qui contracte le choléra au cours d'une période donnée (semaine, mois, ensemble de l'épidémie)</p>
	$\text{Taux d'attaque (taux d'incidence cumulée)} = \frac{(\text{Cas de choléra sur une période donnée})}{(\text{Nombre de personnes à risque au début de la même période})}$
Taux d'attaque (TA) ou l'incidence cumulée (IC)	<p>Analyse : L'IC est exprimée en pourcentage et est suivie de l'intervalle de temps concerné. P. ex. : IC = 0,15 % par semaine. Cette mesure est l'indicateur privilégié pour le suivi de l'incidence hebdomadaire.</p> <p>Les taux d'attaque dans les zones endémiques sont calculés sur une année et sont généralement situés entre 0,2 et 0,5 % par an en l'absence d'épidémie. Au sein de populations moins importantes et vivant dans de mauvaises conditions environnementales, ce taux peut être plus élevé. Dans des zones confinées, comme les camps de réfugiés, les taux d'attaque sont généralement de l'ordre de 5 à 8 %. Les épidémies de choléra peuvent aboutir à des taux d'attaque plus élevés. Par exemple, lors de l'épidémie survenue parmi les réfugiés rwandais dans des camps situés près de Goma au Zaïre en 1994, on estime que 100 % de la population a été infectée. Le fait de connaître le taux d'attaque, tel qu'il est défini ici, ne contribue pas aux efforts de contrôle de la maladie pendant l'épidémie, mais fournit rétrospectivement des informations importantes concernant l'ampleur de l'épidémie et l'efficacité de la mise en place des mesures de contrôle.</p>
Prévalence	<p>La prévalence d'une pathologie indique la part de la population qui souffre d'une maladie donnée à un instant donné ou sur une période donnée. La durée d'un épisode spécifique de choléra étant courte (quelques jours seulement) et le nombre de personnes soignées ou décédées sur cette courte période étant élevé, la prévalence du choléra ne constitue pas un indicateur particulièrement utile dans la description d'une épidémie de la maladie.</p>

ⁱ Pour déterminer les taux d'incidence historiques du choléra dans les zones endémiques, on calcule généralement les taux d'incidence mensuels, voire annuels, qui peuvent être communiqués par le ministère de la Santé.

Une courbe épidémique indique le nombre de cas par date d'apparition. Dans le cas du choléra, la forme de la courbe épidémique peut fournir des informations importantes. Plusieurs courbes épidémiques sont présentées ci-après, avec leurs interprétations possibles.

Exemple 1 - Epidémie d'origine ponctuelle



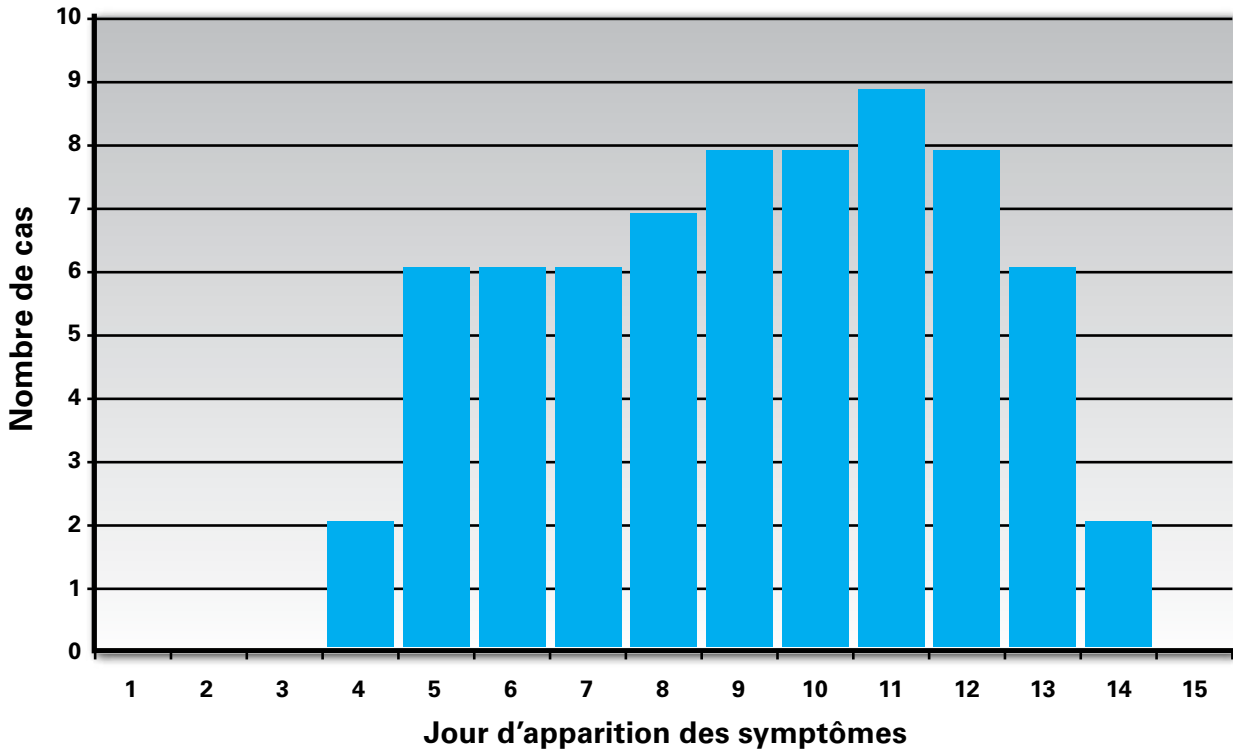
Ce schéma est typique de ce que l'on appelle une **épidémie d'origine ponctuelle**. Ici, tous les cas ont été exposés à la source d'infection au même moment, ce qui peut arriver par exemple, si un groupe de personnes assiste à un dîner et consomme un ou plusieurs aliments contaminés. Cette courbe peut décrire le cas d'un groupe de personnes qui assistent à l'enterrement d'une personne décédée des suites du choléra et consomment des plats qui ont été préparés, sans aucune précaution d'hygiène, par les mêmes personnes qui se sont occupées de préparer le corps pour l'inhumation.

Une épidémie d'origine ponctuelle se caractérise par quelques cas précoces, puis un pic qui survient rapidement avant de baisser un peu plus lentement (en termes mathématiques, cette courbe est un exemple typique de distribution log-normale). La répartition des cas dans le temps représente la variabilité de la période d'incubation, qui peut dépendre de la dose infectante. Tous les cas surviennent au cours d'une même période d'incubation (dans le cas du choléra, elle peut s'étendre de quelques heures à 5 jours ; pour les épidémies de choléra, il est tout à fait raisonnable de diviser l'axe des abscisses de la courbe épidémique, qui correspond à la durée, en périodes de 6 ou 12 heures plutôt qu'en jours).

Bien que cette courbe épidémique représente effectivement une épidémie de choléra, la plupart des épidémies ne suivent pas ce schéma. Dans ce cas, il n'y a pas de transmission secondaire : tous les patients ont été exposés au même moment.

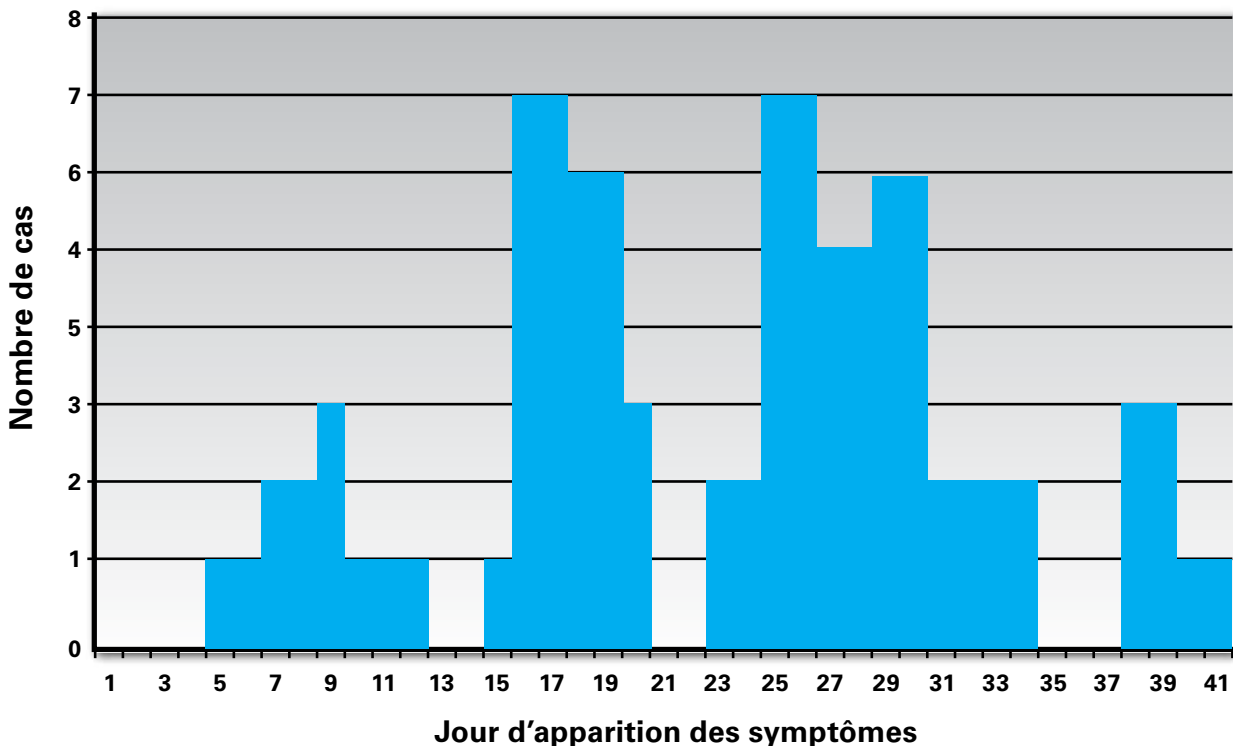
Exemple 2 - Epidémie d'origine commune avec exposition continue

Une des variantes de l'épidémie d'origine ponctuelle est le cas de l'épidémie où il existe une seule source d'infection, mais plusieurs expositions à cette source de façon continue. Par exemple, si l'eau d'un puits tubé est contaminée mais qu'elle continue à être utilisée pendant une période donnée, les personnes seront exposées chaque jour où le puits reste en service. La courbe épidémique peut alors se présenter ainsi :



Exemple 3 - Source d'exposition unique intermittente

Une autre variante de la courbe épidémique d'une épidémie avec source d'exposition unique peut se présenter lorsque l'exposition à cette source n'est pas continue (comme ci-dessus), mais intermittente. Prenons l'exemple d'un puits contaminé dans la brousse, utilisé sporadiquement par un nombre limité de personnes. Dans ce cas, la courbe épidémique prendrait (grosso modo) l'aspect de plusieurs épidémies d'origine ponctuelle. Dans le graphique ci-dessous, on constate que 12 cas sont apparus en 8 jours, puis 30 cas en 6 jours, et ainsi de suite. Cette courbe pourrait correspondre à une épidémie de choléra, avec contamination d'une seule source éloignée, mais cela reste l'exception à la règle.



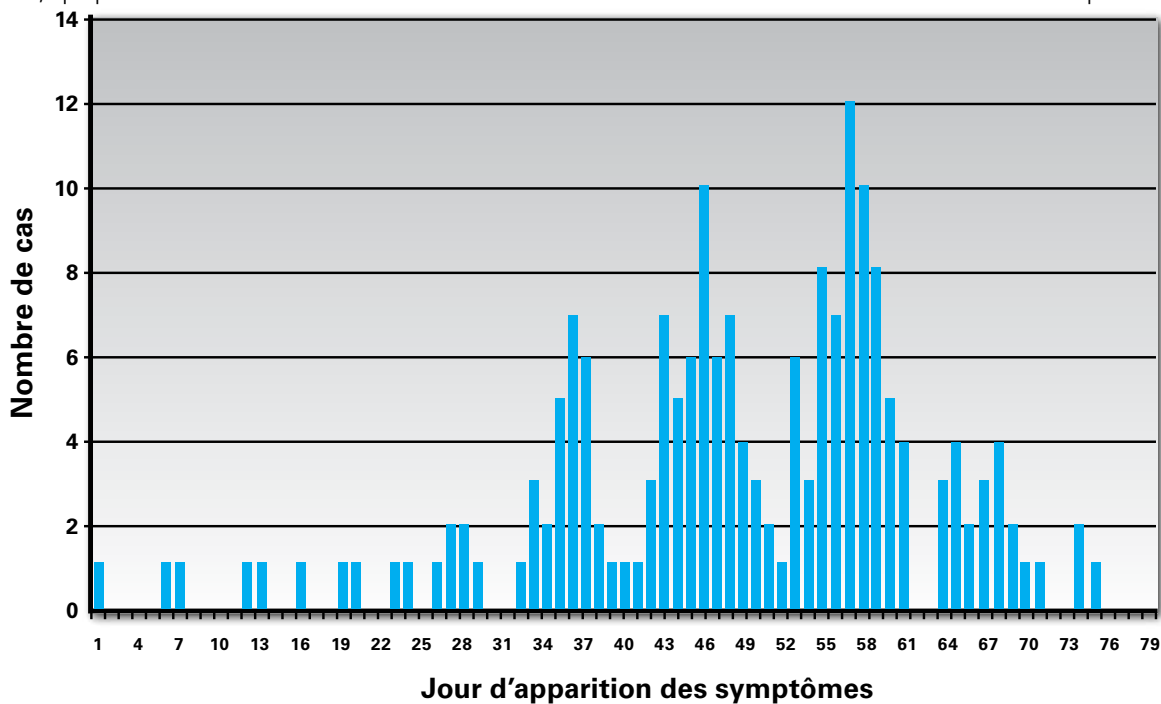
Exemple 4 - Epidémie « de personne à personne » (voie fécale-orale)

Jusqu'à présent, toutes les courbes épidémiques présentées correspondaient à des épidémies liées à une source unique, sans transmission secondaire. Intéressons-nous cependant au cas habituel de transmission du choléra, dans lequel l'infection se propage de personne à personne. Chaque cas peut alors provoquer plusieurs autres cas. La fréquence de ces nouvelles apparitions est appelée le taux de reproduction. Dans le cas de l'épidémie de choléra au Zimbabwe en 2008-2009, la modélisation mathématique indique que chaque cas a provoqué 1 à 3 cas supplémentaires (Mukandavire et al., (2011) Proc Nat AcadvSci 108:8767-72). La courbe épidémique d'une épidémie qui se propage de personne à personne se présente ainsi :

Ici, on semble assister à plusieurs « mini-épidémies », comme dans l'exemple précédent, mais chacune d'entre elles a un pic plus élevé que la précédente, ce qui indique un taux de reproduction supérieur à 1. En théorie, les pics des différentes « vagues » d'infection devraient être séparés par une période d'incubation, mais en pratique, les choses ne sont jamais aussi claires. Vers la fin de l'épidémie, le nombre de personnes vulnérables diminue en raison de l'exposition d'une grande partie de la population, du départ de nombreuses personnes vulnérables de la zone touchée, du nombre élevé de décès qui élimine les personnes contagieuses de la population, ou d'autres raisons non identifiées : l'épidémie s'épuise.

Résumé

En résumé, la courbe épidémique d'une épidémie peut fournir des informations et des explications sur l'ampleur de la l'épidémie, le schéma de propagation, la période pendant laquelle l'épidémie se poursuit et la période d'incubation de la maladie, qui permettent d'identifier la source et de déterminer les méthodes et zones concernées par la riposte.



Dans tous les cas, les actions de contrôle de l'épidémie ont pour objectif de faire baisser le(s) pic(s), de réduire la période au cours de laquelle les cas surviennent et de minimiser les vagues de propagation de personne à personne.

La courbe épidémique, associée à une cartographie des lieux de survenue des cas de choléra et à d'autres informations issues de la liste descriptive de cas (genre, âge, etc.) permet de fournir une description assez détaillée de l'épidémie en termes de population, de lieu et de déroulement.

Avertissement

En situation réelle, les épidémies de choléra peuvent être causées par de multiples expositions à des sources multiples sur une longue période. L'exposition à des sources communes et la transmission de personne à personne peuvent aussi avoir lieu simultanément. Cela complique alors l'analyse de la courbe épidémique et rend caduque toute tentative d'interprétation.

Note de renvoi :

Les graphiques de la présente section sont issus de : cphp.sph.unc.edu/focus/vol1/issue5/1-5EpiCurves_slides.ppt (consulté le 24 juin 2012) et www.billyrubinsblog.org/2009/02/point-source-epidemic-in-facebook.html (tous deux consultés le 24 juin 2012). Les dénominations de l'axe des abscisses ne correspondent pas forcément à des épidémies de choléra.

Pour utiliser une version modifiable de ce tableau Excel, veuillez cliquer ici



L'utilisation de ce tableau Excel est suggérée pour la planification des CTC et des points de réhydratation orale (ORP) pour la lutte contre le choléra. Le dossier Excel a été élaboré à partir des fiches de planification et des listes d'approvisionnement recommandées et utilisées sur le terrain lors de précédentes épidémies de choléra. Il est composé de 5 classeurs différents pour la planification des établissements de santé, le recensement de partenaires, les approvisionnements pour les CTC/UTC, les approvisionnements destinés aux points de réhydratation orale (ORP) et le contenu détaillé des kits interagence contre les maladies diarrhéiques (DDK) disponibles.

Region/subdistrict	Municipality	total population	risk level	Attack rate	# Estimated cases	Severe cases	# cases/day	beds needed	#CTC (100 beds)	ORP points (ORP) (100/CTC) in urban	# DDK needed	DDK needed Box (1000)
Region A		100,000	Low Risk	0.2%	200	100	4	10	0	0	15	3
Region B		100,000	Medium Risk	1.0%	1,000	500	20	77	1	0	6	20
Region C		100,000	High Risk	3.0%	3,000	1,500	75	114	1	12	6	20
Total		300,000			4,200	2,100	79	101	2	12	27	43

10 Attack rate estimates 0.2% in low risk settings, 2% in medium to high risk and over 2% in high risk (to be estimated based on context)
 11 Risk is based on history of cholera outbreaks in the past, crowding, poor access to WASH
 12 Estimate of 50% of cases are severe (this is higher than the standard 20% as there tends to be a higher % at the beginning of an outbreak with reduction down closer to 20-25%)
 13 Number of beds needed = peak case load in 1 week * 30% (average case load seen in 1 week) divided by 7 days * 3 (length of stay, may be lower in a clinical setting such as a camp)
 14 A CTC can also have 50 beds or 2% just adjust the calculation based on beds used
 15 1 Diarrheal Disease Kit (DDK) for 500 severe cases and 400 moderate
 16 If ordering ORP separately from the DDK, each oral rehydration point (ORP) should provide ORS 100patient/day

Classeur **Nombre de cas estimés + CTC**. Il permet d'évaluer le nombre de cas, de lits et de CTC requis en fonction du niveau de risque dans une région donnée.

Region/Subdistrict	Municipality	Total population	Risk level	Attack rate	# Estimated cases	Severe cases	# cases/day	beds needed	# CTC (100 beds)	ORP points (ORP) (100/CTC) in urban	# DDK needed	DDK needed Box (1000)
Region A		100,000	Low Risk	0.2%	200	100	4	10	0	0	15	3
Region B		100,000	Medium Risk	1.0%	1,000	500	20	77	1	0	6	20
Region C		100,000	High Risk	3.0%	3,000	1,500	75	114	1	12	6	20
Total		300,000			4,200	2,100	79	101	2	12	27	43

Each ORP must be able to administer 100patient/day

Classeur **Recensement des partenaires**. Il permet d'enregistrer les partenaires adaptés et leur capacité à faire fonctionner des CTC et points de réhydratation orale (ORP), en fonction des besoins évalués ci-dessus.

Item	Remarks / suggested others	Observation # patients	Requisition # x 10 patients	Inventory # patients	Neutral area and kitchen/water area	Total supplies
CTC/UTC construction						
Floor, 12m ²	2.5m ² (patient area) 1m ² example 1m ² (patient)		1	1		1
Floor, 24m ²	Neutral area kitchen and observation Morgue ambulance area		1		1	1
Plastic sheeting (40m) for flooring on ground	Depends on the perimeter of the center How long rolls might be also available				1	1
Wheelbarrow					1	1
Plastic bin					1	1

Classeur **Dispositif CTC/UTC**. Il comporte une liste de fournitures recommandées pour mettre en place un Centre/Unité de Traitement du Choléra (CTC/UTC). Il a été conçu sur la base d'un établissement de 100 lits mais peut être adapté si nécessaire. Il comprend les supports et équipements en vue de leur mise en place, fonctionnement et entretien (notamment les installations pour lutter contre les infections, et les infrastructures d'eau, d'assainissement et d'hygiène - WASH).

Item	Quantity
ORP Sachets	4500
Chlorine tablets NaOCl 10mg	1000
50 liter closed container with base	4
1 liter container for measuring	1
Cups	5
Spoons	5
Table	1
Cleaning and distribution	
Soap (bars 100g) (1 per patient)	1500
Disposable gloves and rubber gloves	100
Chlorine bleach and/or alcohol granules	
Rubber boots	1
Mop and bucket	2
Basin for handwashing	2
Basin for disinfecting	1
Cloths for cleaning	1
Patient Care Materials	
Chair	2
Bucket for feces and vomit	5

Classeur **Dispositif ORP**. Il comprend une liste similaire de fournitures et équipements requis pour la mise en place d'un point de réhydratation orale (ORP), sur la base des besoins de 15 patients par jour.

Note importante : La feuille de calcul ne calcule pas automatiquement les besoins en matière d'approvisionnements car la liste finale des fournitures sera modifiée en fonction des disponibilités locales. En revanche, elle permet d'établir les paramètres à prendre en compte lors de la commande de fournitures requises

3 Compréhension et suivi de la situation

Item	Quantity	Price
ORP sachets (100g)	145	1.00
Chlorine tablets (10mg)	100	1.00
50 liter closed container	4	1.00
1 liter container	1	1.00
Cups	5	1.00
Spoons	5	1.00
Table	1	1.00
Soap (bars 100g)	1500	1.00
Disposable gloves	100	1.00
Rubber boots	1	1.00
Mop and bucket	2	1.00
Basin for handwashing	2	1.00
Basin for disinfecting	1	1.00
Cloths for cleaning	1	1.00
Chair	2	1.00
Bucket for feces and vomit	5	1.00

Classeur **DDK Modules**. Il comprend une liste détaillée du contenu des DDK disponibles pouvant être commandés pour soutenir la lutte contre l'épidémie du choléra. La feuille de calcul offre un exemple de la manière dont les articles peuvent être regroupés ou dont les articles supplémentaires peuvent être ajoutés en créant un « **Setpack** »¹, de façon à ce que ces articles puissent être commandés séparément sans nécessairement commander les 145 boîtes du DDK.

- Cela peut s'avérer utile dans les cas suivants :
- une nouvelle commande d'équipements n'est pas nécessaire après la première commande ;
 - il est possible que le protocole national utilise un antibiotique différent de ceux fournis dans le DDK standard.

¹ Les « Setpacks » peuvent être créés lors de la commande effectuée auprès du Service des achats de l'UNICEF

Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici 

Email: cholera_taskforce@who.int

A. Faits marquants de la journée :

- **Nombre** de cas cliniques et **Nombre** de décès ajoutés ce jour (à comparer avec le **Nombre** de cas cliniques et le **Nombre** de décès de la veille)
- **X** % des districts touchés ayant envoyé un bulletin ce jour (**X/X** districts touchés)
- **X** % des districts ayant signalé être touchés (**X/X** touchés)
- Taux de létalité institutionnel cumulé : **X** %
- Taux de létalité institutionnel quotidien : **X** %
- Absence de bulletins du district **X** ou **X**

Numéros verts réservés aux **alertes au choléra**
XXXXXX ou XXXXX

Numéro de portable à utiliser en cas d'**alertes au choléra** et pour l'envoi de **SMS : XXX-XXX-XXX**
Numéros à appeler en cas d'alertes en rapport avec **l'eau et l'assainissement** :
XXX-XXX-XXX (pendant les heures de travail)
XXX-XXX-XXX (après les heures de travail)

BULLETIN QUOTIDIEN DE MISE À JOUR ET D'ALERTES AU CHOLÉRA
Date : / /

- * Remarque : le manque d'exactitude des signalements peut se traduire par des nombres supérieurs ou inférieurs à la réalité et compliquer le recueil quotidien des informations.
- ** Les nouveaux décès annoncés un jour donné ne correspondent pas nécessairement à des patients dont les cas ont été signalés ce même jour. Par conséquent, des taux de létalité supérieurs à >1 % sont parfois possibles.

B. Districts à haute priorité requérant une enquête ce jour

(L'équipe spéciale de lutte contre le choléra délimite les zones prioritaires en fonction de la progression de l'épidémie.)

Districts ayant signalé un nombre élevé de cas ce jour (nombre de cas ajoutés ce jour > X)	Districts présentant un taux de létalité quotidien > X %	Districts présentant un nombre élevé de décès en dehors d'un établissement de santé/CTC (déterminer le nombre)	Districts constatant une récurrence de cas au bout de plus de X jours	Districts n'ayant pas envoyé de bulletins depuis plus de X jours

C. Actions de suivi (exemples)

Province	District/ Zone	Signalé(e) prioritaire le (date)	Motif de ce signalement. Mesure à prendre (quand et qui fera quoi)	Responsable du suivi	Suivi avec	État du suivi
			Absence de bulletins depuis XX jours	Responsable du district		En cours
			XXX cas signalés sur une journée	ONG		Signalement effectué Situation stable
			Pourcentage d'augmentation du taux de létalité	Responsable du district		En cours
			Pénurie de fournitures	Responsable du district		En cours

D. Données épidémiologiques

Province	District/zone touché(e)	Mise à jour d'aujourd'hui				Données cumulées						
		Cas ajoutés ce jour	Décès ajoutés ce jour	Taux de létalité des cas ajoutés ce jour (%)	Décès survenus dans la communauté ajoutés ce jour (inclus dans le total)	Nombre de cas cumulés	Nombre de décès cumulés	Taux de létalité cumulé (%)	Décès survenus dans la communauté (inclus dans le total)	Proportion de décès survenus dans la communauté (%)	Date de la dernière mise à jour	Nombre de jours écoulés depuis le bulletin précédent
		X	X									

« X » : Absence de bulletin



À suivre



Bulletin reçu au bout de plus d'une journée

Objet

La présente note fournit au personnel de l'UNICEF des indications concernant l'utilisation des vaccins anticholériques oraux dans le contexte de la mise en œuvre des recommandations de 2010 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant leur usage à des fins de santé publique¹. Elle ne se substitue en aucun cas aux orientations et aux recommandations de l'OMS mais résume les informations existantes sur les vaccins anticholériques oraux et décrit les différentes options de collaboration avec les gouvernements, l'OMS et les partenaires à la disposition de l'UNICEF. Elle sera modifiée en fonction de l'évolution des recommandations de l'OMS.

Résumé


Les vaccins anticholériques oraux (VAO) sont sûrs, efficaces et acceptables (voir l'annexe A pour obtenir des détails sur ces produits). Ils complètent l'arsenal de la lutte contre le choléra mais ne remplacent pas les mesures prioritaires existantes en la matière. La préqualification par l'OMS, en septembre 2011, d'un nouveau vaccin beaucoup plus économique (moitié moins cher) et plus facile à distribuer et à administrer que ses prédécesseurs (il ne nécessite pas de solution tampon, le volume conditionné est moins important et il dispose d'une pastille de contrôle (PCV)) a élargi les possibilités de recours préventif ou réactif aux VAO. Par ailleurs, le Groupe de coordination internationale (GCI), composé de MSF, de la Fédération des Sociétés internationales de la Croix-Rouge, de l'UNICEF et de l'OMS, envisage la création d'un stock de ces vaccins pour faire face aux épidémies.


L'UNICEF recommande de réfléchir, avec les gouvernements, l'OMS et les partenaires, à l'utilisation préventive des vaccins anticholériques oraux dans les zones endémiques, à risque et humanitaires et à leur utilisation réactive pendant les épidémies. Quel que soit le contexte, le processus décisionnel doit reposer sur une évaluation fiable des risques.


Contexte

- Avec plus de 500 000 cas et 7 000 décès répertoriés dans le monde en 2011, l'incidence du choléra ne cesse d'augmenter². Cependant, ces données sont largement sous-estimées. Selon les estimations, le nombre de cas s'échelonne en réalité de 1,4 à 4,3 millions (sur 1,4 milliard de personnes à risque dans les pays endémiques) et seraient à l'origine de 28 000 à 142 000 décès par an dans le monde³. Les tendances en matière de choléra au niveau international sont alarmantes. La fréquence croissante d'épidémies prolongées et de grande envergure assorties de taux de mortalité élevés reflète les faiblesses des mécanismes existants en matière de prévention, de diagnostic rapide, de lutte contre la propagation de la maladie et d'accès aux soins médicaux en temps opportun. Le choléra est désormais bien installé dans des pays d'Afrique où il était inconnu jusqu'alors et a récemment réapparu en Amérique où sa transmission se perpétue en Haïti et en République dominicaine. Une nouvelle souche de *Vibrio cholerae*, plus virulente et vecteur d'une maladie clinique plus grave, est apparue en 1992 et s'est rapidement propagée dans le monde entier⁴. De plus, le changement climatique ainsi que l'urbanisation rapide et anarchique contribuent à accroître le nombre de populations à risque déjà marginalisées⁵. Les enfants de moins de cinq ans paient le plus lourd tribut au choléra dans les zones endémiques et représentent environ la moitié des décès attribués à cette maladie⁶. Indicateur d'inégalité, le choléra touche les personnes les plus vulnérables au sein des communautés à risque. Ces populations, dont l'état de santé initial est extrêmement fragile, disposent d'un accès restreint aux services de base tels que l'eau potable, l'assainissement, l'hygiène, les services de santé et l'éducation et vivent dans les zones les plus fragiles, vulnérables aux crises et aux fluctuations socioéconomiques mondiales.

La Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé (AMS) qui s'est tenue en 2011 a mis en évidence l'urgence de la situation et a appelé la communauté internationale à renouveler ses efforts en faveur de la prévention du choléra et de la lutte anticholérique. Elle a exhorté les pays « à planifier la vaccination et à envisager d'y recourir, le cas échéant, conjointement à d'autres méthodes recommandées de prévention et de lutte, à titre de complément et non de substitut⁷ ».

1 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), [Vaccins anticholériques: note d'information de l'OMS](#).  Relevé épidémiologique hebdomadaire (26 mars 2010), 85, 117-128.

2 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), [Vaccins anticholériques: note d'information de l'OMS](#).  Relevé épidémiologique hebdomadaire (2012), 87, 289-304.

3 Ali M, Lopez AL, You YA, Kim YE, Sah B, Maskery B, Clemens J. [The global burden of cholera](#). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2012, 1; 90(3): 209-218A. 

4 Siddique AK, Nair GB, Alam M, Sack DA, Huq A, Nizam A, Longini IM Jr, Qadri F, Faruque SM, Colwell RR, Ahmed S, Iqbal A, Bhuiyan NA, Sack RB. El Tor cholera with severe disease: a new threat to Asia and beyond. *Epidemiol Infect.* 2010 Mar;138(3):347-52.

5 Ad-hoc Cholera Vaccine Working Group, [Draft document to be submitted to WHO SAGE Background Paper on the Integration of Oral Cholera Vaccines into Global Cholera Control Programmes](#)  (2009)

6 Deen JL et al. [The high burden of cholera in children: comparison of incidence from endemic areas in Asia and Africa](#).  PLoS Neglected Tropical Diseases, 2008, 2(2):e173.

7 World Health Organization (2011), [64th World Health Assembly, Agenda item 13.9 Cholera: mechanism for control and prevention](#)  (2011)

Recommandations à l'intention de l'UNICEF

L'UNICEF peut jouer un rôle d'appui capital pour que les stratégies mondiales, régionales et nationales en matière de prévention du choléra et de lutte contre cette maladie envisagent plus fréquemment d'incorporer les vaccins anticholériques à leur arsenal de santé publique. Outre les activités stipulées dans les Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire (CCC), le personnel des bureaux de pays de l'UNICEF devra collaborer avec ses partenaires et ses homologues nationaux susceptibles d'envisager l'introduction des vaccins anticholériques oraux dans leur stratégie à long terme de lutte contre le choléra ainsi que d'en proposer l'utilisation dans des situations spécifiques telles que les crises humanitaires ou les épidémies. Lorsque la décision d'utiliser des vaccins anticholériques oraux sera prise, les bureaux de pays de l'UNICEF pourront jouer un rôle fondamental dans la mise en œuvre des campagnes de vaccination.

Considérations générales concernant l'utilisation de vaccins anticholériques oraux

Cette section fournit des informations permettant à l'UNICEF de justifier l'utilisation des VAO, de décider des contextes où leur utilisation est envisageable et de définir les modalités de leur utilisation, notamment la zone géographique et les bénéficiaires, sur la base des conseils et des recommandations en vigueur de l'OMS.

Les mesures prioritaires de lutte anticholérique doivent viser à (1) prévenir la propagation de la maladie grâce à un solide dispositif de surveillance et d'alerte rapide, à l'accès à l'eau potable, à des conditions d'assainissement adéquates, à l'hygiène et à des mesures de sécurité alimentaire ainsi qu'à (2) limiter le nombre de décès grâce à une détection rapide et à une prise en charge des patients efficace, au moment opportun. L'utilisation des vaccins anticholériques oraux comme outil complémentaire variera en fonction du pays et du contexte. Les décisions à ce sujet seront prises par les autorités sanitaires nationales avec le soutien de l'OMS et d'autres partenaires. Dans tous les cas, la réflexion initiale sur l'utilisation des vaccins anticholériques oraux doit s'appuyer sur les éléments suivants :

- une évaluation fiable des risques exposant clairement l'épidémiologie et ses schémas d'évolution ;
- la capacité de la communauté et des mécanismes nationaux à prévenir le choléra et à lutter contre les épidémies ;
- la faisabilité d'une campagne de vaccination anticholérique et la probabilité d'arriver à un taux de couverture satisfaisant ;
- la pertinence des vaccins anticholériques oraux par rapport aux priorités concurrentes en matière de santé publique.

Il est capital de documenter la décision de recourir ou non à des vaccins anticholériques oraux et ses conséquences afin d'élaborer des orientations fondées sur des données probantes et de renforcer les recommandations concernant leur utilisation future.

Justification de l'utilisation de vaccins anticholériques oraux

L'utilisation de vaccins anticholériques oraux remplit un double objectif : immuniser les personnes vaccinées et juguler la transmission de la maladie ainsi que, par voie de conséquence, alléger le fardeau qu'elle fait peser sur la communauté.

Contextes dans lesquels envisager l'utilisation de vaccins anticholériques oraux

On distingue deux contextes favorables à l'utilisation de vaccins anticholériques oraux :

- 1. La vaccination préventive** des populations a lieu **avant** les poussées de transmission du choléra ou les épidémies probables afin de limiter et de réduire la propagation de la maladie. Elle vise à :
 - *contribuer à la lutte contre les maladies diarrhéiques* dans les pays et les communautés où le choléra est *endémique*⁸ et où l'on sait qu'il se transmet à des moments et des endroits prévisibles (par exemple, poussées saisonnières) ;
 - *prévenir une éventuelle épidémie* au sein des populations ciblées et dans les zones à risque, c'est-à-dire celles où les services de base tels que l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène sont insuffisants pour limiter la propagation *Vibrio cholerae* dans l'environnement ;
 - *prévenir une éventuelle épidémie lors des crises humanitaires* pendant lesquelles les services de base susceptibles de limiter la propagation de *Vibrio cholerae* dans l'environnement (eau potable, assainissement et hygiène) et les soins de santé sont perturbés ou inexistantes, les populations peuvent se trouver déplacées ou vivre dans un milieu surpeuplé et la région concernée est exposée à des épidémies de choléra.
- 2. La vaccination réactive** des populations intervient **après** le début d'une épidémie et a pour but de limiter la mortalité (protéger les personnes vaccinées) ainsi que de juguler la propagation de la maladie. Elle vise à :
 - *réduire la propagation de la maladie et limiter le taux de mortalité au sein des communautés fortement exposées* à une extension de l'épidémie mais pas encore ou peu touchée par l'épidémie en cours, c'est-à-dire les communautés voisines qui se trouvent de l'autre côté d'une frontière ou qui sont reliées par un réseau fluvial ou des systèmes de distribution d'eau ou d'assainissement.

⁸ Choléra endémique : OMS : apparition de cas de diarrhée cholérique confirmés par culture fécale dans une population pendant au moins 3 des 5 dernières années.

En général, les épidémies cholériques à l'échelle nationale se composent d'une succession d'épidémie locales accompagnant la propagation de la maladie au sein du pays ou au-delà de ses frontières. Dans ce type de situation, la vaccination des communautés résidant dans les zones à haut risque aura davantage d'impact que celle des populations vivant dans des zones où la maladie se transmet activement depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. En effet, de nombreuses personnes y seront peut-être déjà infectées, même sans présenter de symptômes. En fait, on estime que 80 % des individus infectés sont des porteurs asymptomatiques de la bactérie. Cette stratégie réactive est particulièrement importante dans les zones où les mécanismes d'intervention ne sont pas en mesure de mener à bien des mesures spécifiques de lutte anticholérique^{9,10}.

Dans le cadre du processus décisionnel, il est impératif d'analyser soigneusement les critères épidémiologiques et contextuels relatifs au recours aux vaccins anticholériques oraux lors d'épidémies. La documentation et l'évaluation de l'impact de l'utilisation future des vaccins anticholériques oraux dans divers contextes seront indispensables pour continuer à affiner le processus de prise de décision fondé sur des données probantes.

Modalités d'administration des vaccins anticholériques oraux

Dans les zones à haut risque, il est prévu d'administrer les vaccins anticholériques oraux par le biais de campagnes de vaccination massive, sous réserve de deux considérations importantes :

- 1. Choix de la cible des campagnes de vaccination massive :** la vaccination doit s'appuyer sur une évaluation détaillée des risques de la situation et cibler les zones géographiques ainsi que les communautés particulièrement vulnérables, notamment les populations marginalisées, les endroits surpeuplés et insalubres, les bidonvilles, les camps de réfugiés et de personnes déplacées ainsi que les communautés dépourvues d'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux services d'hygiène et de santé.
- 2. Choix des bénéficiaires des campagnes de vaccination massive :** toute personne âgée de plus d'un an vivant dans les communautés à risque pourra potentiellement tirer profit de l'administration d'un VAO. Dans les zones endémiques, les adultes étant probablement déjà immunisés, il ne sera peut-être pas aussi utile de les inclure dans la population cible. Dans la plupart des cas, il convient de suivre les conseils ci-dessous :
 - **L'OMS recommande d'inclure en priorité les enfants car ils présentent le plus grand risque de décès, en particulier si les ressources sont limitées.** Cette priorisation pourra également exercer une plus forte incidence sur la prévention de la transmission de la maladie au sein de la communauté.
 - **Il est impératif de cibler les autres groupes présentant un risque accru de décès,** c'est-à-dire les femmes enceintes, les personnes séropositives, les personnes souffrant de malnutrition modérée ou grave ainsi que les personnes âgées, si les ressources le permettent.

Les campagnes de vaccination massive requièrent le soutien de la communauté, en particulier concernant le choix des groupes cibles. Ce processus nécessite de dialoguer avec les responsables communautaires et doit s'articuler autour d'une composante communication soigneusement conçue abordant les sujets suivants : poursuite des pratiques d'hygiène et de prévention, perception de la population concernant le risque de choléra, usage des nouveaux vaccins anticholériques oraux, confusion éventuelle avec d'autres campagnes de vaccination massive telles que la polio, inefficacité contre d'autres maladies diarrhéiques (les personnes vaccinées peuvent tout de même souffrir de diarrhée aiguë).

- 3. Autres considérations relatives à la faisabilité pendant les épidémies et les crises humanitaires de grande ampleur⁹ :** lors d'une crise humanitaire grave ou d'une épidémie cholérique de grande ampleur, **le fait d'envisager d'utiliser des vaccins anticholériques oraux ne doit pas faire perdre de vue la priorité immédiate qui consiste, d'une part à mettre en œuvre des interventions de sauvetage** afin de réduire rapidement le nombre de décès supplémentaires lié à la crise et d'autre part à assurer des services de base indispensables à la survie (santé, eau, assainissement, hygiène, nourriture, abri et protection). Une réunion de l'OMS de 2005 sur l'utilisation des vaccins anticholériques oraux dans les contextes humanitaires a énoncé les points nécessitant une attention particulière lors de la planification et du déroulement d'une campagne de vaccination avec administration de deux doses :
 - disponibilité, heure de livraison et distribution des vaccins ;
 - accès continu aux populations à risque afin d'identifier les groupes les plus vulnérables, réalisation d'une évaluation des risques, obtention d'un taux de couverture satisfaisant ;
 - mouvements de population (en particulier pour la seconde dose) ;
 - contraintes locales en matière d'approvisionnement et de logistique (notamment capacités en matière de stockage et de chaîne du froid) ;
 - contraintes en matière de ressources humaines et accès à du personnel qualifié ;
 - conditions de sécurité en vigueur.

⁹ World Health Organization (WHO) Global Task Force on Cholera Control, *Oral Cholera Vaccine Use In Complex Emergencies: What next? Report of a WHO meeting.* Geneva, Switzerland (2006).

¹⁰ Réunion ad hoc d'experts convoquée par l'OMS pour la lutte anticholérique dans les situations d'urgence humanitaire, 2010

Le groupe de travail du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination dans les situations d'urgence nommé par l'OMS élabore actuellement un cadre actualisé pour l'utilisation des vaccins anticholériques oraux dans des contextes humanitaires qui sera publié en 2012-2013.

Rôle d'appui de l'UNICEF

Au niveau mondial et régional, l'UNICEF peut apporter le soutien suivant à ses partenaires (OMS et parties prenantes clés) :

- préconiser l'utilisation la plus appropriée des vaccins anticholériques oraux dans des environnements spécifiques par le biais d'une approche intégrée aux interventions classiques en matière de prévention et de traitement ;
- documenter les processus de prise de décision ainsi que l'efficacité, la faisabilité et l'impact des campagnes de vaccination massive dans divers contextes ;
- élaborer des orientations et des outils supplémentaires sur l'utilisation des vaccins anticholériques ;
- par le biais de sa Division des approvisionnement (SD), collaborer avec les fabricants pour faciliter la fourniture de vaccins ;
- appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un mécanisme de stock mondial de vaccins anticholériques oraux ;
- agir en tant que membre du Groupe de coordination internationale (GCI) pour constituer le stock mondial de vaccins anticholériques oraux.

Au niveau national et dans le cadre de son engagement à participer aux activités de préparation, l'UNICEF doit aider les gouvernements, l'OMS et les partenaires non seulement à prévenir le choléra mais aussi à s'y préparer et à y riposter par le biais de diverses actions (coordination, planification de la préparation et de la riposte, mise en œuvre d'initiatives standard en matière de prévention et de traitement). Il peut également participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies de vaccination anticholérique orale avec des autorités nationales, l'OMS et des partenaires avec les objectifs suivants :

- examiner la situation épidémiologique du choléra au niveau local, notamment l'endémicité, le taux d'attaque et le taux de létalité des épidémies précédentes ainsi que l'étendue de l'épidémie en cours ;
- identifier les zones et les communautés à risque afin de cibler la vaccination (évaluation des risques) et renforcer les capacités correspondantes requises aux niveaux national et régional ;
- appuyer la stratégie d'introduction éventuelle de vaccins anticholériques oraux à la stratégie nationale de lutte contre le choléra la mieux adaptée aux conditions locales et documenter le processus de prise de décision ;
- avec la Division des approvisionnements ou par le biais du mécanisme de stock de vaccins anticholériques oraux, s'en procurer auprès des fabricants et les distribuer aux gouvernements et aux partenaires ;
- acheter et distribuer les autres fournitures nécessaires, notamment le matériel frigorifique (en rapport avec les systèmes d'achat existants passant par la Division des approvisionnements) ;
- planifier et mener des campagnes de vaccination, notamment en matière de renforcement des capacités et de logistique (en fonction des programmes et des systèmes de vaccination nationaux existants) ;
- mener une mobilisation sociale pour les campagnes et le suivi ;
- documenter l'efficacité, la faisabilité et l'impact de l'utilisation des vaccins anticholériques oraux dans divers contextes.

Modalités d'accès aux vaccins et à l'assistance technique

Pour obtenir des informations complémentaires ou une assistance technique sur les vaccins anticholériques oraux et la prise de décision, veuillez contacter :

- Heather Papowitz : Conseillère principale pour la santé – Situations d'urgence, PD/NY, hpapowitz@unicef.org
- **Avec copie à :** Osman Mansoor: Conseiller principal pour la santé (nouveaux vaccins), PD/NY, omansoor@unicef.org

Pour obtenir des informations complémentaires sur l'achat de vaccins anticholériques oraux et les fournitures :

- Ana Balmes : Responsable contrats à la Division des approvisionnements, Copenhague, abalmes@unicef.org
- Ian Lewis : Responsable principal contrats à la Division des approvisionnements, Copenhague, ilewis@unicef.org

Pour obtenir des informations complémentaires sur l'achat de vaccins anticholériques oraux et de fournitures lors de crises humanitaires :

- Jens Grimm, Spécialiste en logistique, Division des approvisionnements, Copenhague, jgrimm@unicef.org
- Jean-Cédric Meeus, Responsable principal des approvisionnements d'urgence, Copenhague, jcmeeus@unicef.org

RESSOURCES CLÉS

Publication de l'OMS : « *Oral cholera vaccines in mass immunization campaigns: guidance for planning and use* » whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500432_eng.pdf

Un outil décisionnel en trois étapes relatif à l'utilisation réactive des vaccins anticholériques oraux (pour analyser les risques, la capacité à contenir une épidémie et la faisabilité d'une campagne) est décrit à l'annexe 1, pages 47-54 de la publication de l'OMS mentionnée ci-dessus (en anglais uniquement).

whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500432_eng.pdf

Webinaire : Cholera and Cholera Vaccines: an update for UNICEF intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/Site%20Pages/Page0201 (intranet) et vimeo.com/45662328 (externe). Mot de passe : *response2012*.

Remerciements

La présente note d'orientation a été rédigée par l'équipe Santé dans les situations d'urgence (PD/Health) de l'UNICEF. Elle a été révisée et commentée par l'unité Vaccination de l'équipe PD/Health, la Division des approvisionnements, l'équipe Eau, assainissement et hygiène (PD/WASH) et les bureaux régionaux de l'UNICEF. Les auteurs remercient tout particulièrement l'unité Contrôle des vaccins et des stocks pour les maladies épidémiques/situations d'urgence (CED/EVS) de l'OMS pour ses remarques et sa contribution.

Annexe A: Spécifications des vaccins anticholériques

Informations de base : d'après plusieurs études portant sur l'utilisation des vaccins anticholériques oraux, ceux-ci présentent une innocuité, une efficacité, une faisabilité et une acceptabilité avérées. À ce jour, l'OMS a préqualifié deux vaccins anticholériques oraux, Dukoral®¹¹ et Shanchol®¹², qui assurent une immunisation supérieure à 60 pourcent (> 60 %) pendant deux ans minimum (voir la posologie dans le tableau). Dans les deux cas, le fabricant recommande un rappel tous les deux ans (tous les six mois chez les enfants de 2 à 5 ans pour Dukoral®). Cette recommandation pourrait évoluer car une étude publiée récemment a montré une efficacité de protection de 65 % de Shanchol® chez l'adulte pendant la troisième année de suivi¹³. La nouvelle analyse d'un essai clinique mené au Bangladesh dans les années 1980 a constaté que la protection s'étendait à des personnes non vaccinées, ce qui met en lumière un avantage supplémentaire de la vaccination à grande échelle des populations à risque¹⁴. La chaîne du froid doit être respectée pour les deux vaccins mais Dukoral® nécessite la dilution dans une solution tampon. Bien que ce produit ne comporte pas de PCV, les résultats des essais effectués en laboratoire indiquent une bonne stabilité thermique. Des essais cliniques menés en Inde étudient actuellement l'utilisation d'une dose unique de Shanchol® ainsi que celle d'autres vaccins plus adaptés à un usage sur le terrain.

Rapport coût-efficacité : l'Institut international des vaccins (IIV) a réalisé un document de plaidoyer mondial afin de démontrer la nécessité d'investir dans la fabrication de vaccins anticholériques oraux et de les utiliser dans le cadre d'une stratégie de santé publique élargie en matière de lutte contre le choléra. Cette étude conclut qu'en 15 ans, la vaccination anticholérique pourrait prévenir jusqu'à 18 millions de cas et 600 000 décès et présenterait un « excellent rapport coût-efficacité » (selon la définition de l'OMS du coût par année de vie corrigée de l'incapacité [DALY] < PNB par habitant), en particulier concernant les programmes ciblant les enfants¹⁵. Une étude effectuée par le programme Diseases of the Most Impoverished (maladies touchant les populations les plus pauvres) a utilisé des données sur l'incidence, le coût de la maladie et la demande privée de vaccins anticholériques oraux émanant de Beira (Mozambique), de Matlab (Bangladesh), de Calcutta (Inde) et de Djakarta Nord. Dans tous ces endroits, la vaccination présenterait un rapport coût-efficacité favorable. Les programmes ciblant les enfants (1 à 14 ans et 5 à 14 ans) présenteraient un « très bon rapport coût-efficacité » à Beira et à Calcutta en tenant compte de la protection des troupeaux¹⁶.

Disponibilité de vaccins anticholériques/stock mondial : la capacité de production annuelle s'élève actuellement à 2 millions de doses pour chaque vaccin avec une possibilité d'augmentation si la demande le nécessite¹⁷. La création d'un stock comportant au moins 2 millions de doses de vaccins anticholériques oraux destinées à lutter contre les épidémies a été recommandée lors de la consultation de l'OMS de 2011 sur ce thème et confirmée lors d'une consultation de l'OMS en 2012. Un stock mondial pourrait faire office de « passerelle » et faciliter l'accessibilité à des

11 Jertborn M, Svennerholm AM, Holmgren J. Evaluation of different immunization schedules for oral cholera B subunit-whole cell vaccine in Swedish volunteers. *Vaccine*, 1993, 11:1007-1012.

12 Trach DD et al. *Investigations into the safety and immunogenicity of a killed oral cholera vaccine developed in Viet Nam*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2002, 80(1):2-8.

13 Sur D, Kanungo S, Sah B, Manna B, Ali M, et al. *Efficacy of a Low-Cost, Inactivated Whole-Cell Oral Cholera Vaccine: Results from 3 Years of Follow-Up of a Randomized, Controlled Trial*. *PLoS Negl Trop Dis*, 2011, 5(10): e1289.

14 Ali M et al. Herd immunity conferred by killed oral cholera vaccines in Bangladesh: a re-analysis. *Lancet*, 2005, 366:44-49.

15 www.who.int/immunization/sage/SAGE_April_2011_cholera_investment_case.pdf

16 Jeuland M, Cook J, Poulos C, Clemens J, Whittington D, DOMI cholera economics study group. *Cost-effectiveness of new-generation oral cholera vaccines: a multi-side analysis*. *Value in Health*, 2009, 12(6):899-908.

17 WHO *Consultation on oral cholera vaccine (OCV) stockpile strategic framework: potential objectives and possible policy options*. Geneva, Switzerland (2011).

vaccins et leur utilisation sur le terrain, renforcer les efforts de surveillance, augmenter l'offre et la demande, motiver les fabricants et générer une expérience du déploiement de vaccins et de l'évaluation de l'impact de la vaccination dans le cadre de la lutte contre les épidémies. L'UNICEF est membre d'un Groupe de coordination international (GCI) chargé de la gestion du stock.

Résumé des études : des études menées dans des zones endémiques (Vietnam 1998¹⁸, Beira (Mozambique) 2003-2004¹⁹, Zanzibar 2009), dans des camps de réfugiés fixes (Ouganda 1997²⁰, Darfur 2004²¹), lors de situations d'urgence (Aceh 2005²²) et pendant des épidémies cholériques (Micronésie 2000-2001²², Hanoï 2008²³) indiquent que, globalement, le recours à des vaccins anticholériques oraux comme outil de santé publique supplémentaire pour empêcher la propagation du choléra, en synergie avec des mesures de lutte traditionnelles, est réaliste et acceptable, sous réserve des enseignements et des limites détaillés ci-dessous.


En 1998, des campagnes de vaccination massive ont eu lieu à Hué (Vietnam) dans les écoles, les centres de santé communautaires, les bâtiments administratifs et au domicile des chefs de groupe. Le taux de couverture a été de 84 % pour la première dose et de 79 % pour la seconde. Le taux de gaspillage a été de 10 %. Selon les estimations, l'efficacité du vaccin a été de 76 %. Depuis 1998, des campagnes annuelles ciblant les enfants de 1 à 15 ans sont menées avant la période critique du choléra. Une vaccination préventive a également lieu à l'occasion de situations d'urgence naturelles telles que les inondations.

À Beira, au Mozambique, une campagne de vaccination par Dukoral® a été menée en décembre 2003 et janvier 2004 dans un quartier où le choléra est endémique. Elle a été précédée par des campagnes d'information faisant appel, entre autre, au porte à porte. Les équipes de vaccination ont inoculé 609 personnes par jour en moyenne. Dans l'ensemble, plus de 98 000 doses de vaccin ont été administrées au cours des deux cycles de vaccination. Le taux de réponse du premier cycle a été élevé et de nombreuses personnes vaccinées habitaient à l'extérieur de la zone ciblée. Le taux de couverture vaccinale a été de 57 %. En dépit des difficultés logistiques soulevées par le vaccin, la faisabilité de la campagne de vaccination n'a pas été remise en cause.


Une campagne de vaccination anticholérique menée en 1997 à l'aide de Dukoral® a ciblé près de 44 000 réfugiés vivant dans des camps du nord de l'Ouganda. L'acceptabilité du vaccin parmi cette population stable a été élevée : taux de couverture estimé de 83 % pour la première dose et de 76 % pour la seconde. Le vaste espace frigorifique nécessaire à la conservation du vaccin a constitué l'un des problèmes logistiques rencontrés. Des campagnes de vaccination anticholérique ont également été menées en 2004 dans deux camps fixes accueillant des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays dans le sud du Darfour. Sept semaines se sont écoulées entre la planification initiale et la fin de la seconde inoculation. Plus de 40 000 personnes ont été complètement immunisées par deux doses de Dukoral®, On estime à 88 % le taux de couverture vaccinale. Les résidents et les responsables communautaires ont fortement soutenu les organisateurs.

Suite au tsunami de 2005, des campagnes de vaccination anticholérique massive par Dukoral® menées à Aceh sur une période de six mois ont immunisé des personnes déplacées dans leur propre pays. L'importance des mouvements de population, la dégradation du réseau routier, la pénurie de professionnels de santé locaux, les problèmes de sécurité et les capacités limitées de la région en matière de chaîne du froid ont entravé les opérations logistiques. Plus de 54 000 personnes ont reçu les deux doses, soit un taux de couverture global de 69 %, mais au prix d'importants problèmes de logistique et de coûts.

Trois expériences d'utilisation réactive de vaccins anticholériques oraux au cours d'épidémies ont été documentées. Le vaccin atténué vivant en dose unique de CVD 103-HgR (Orochol®, qui n'est plus commercialisé) a été utilisé sur l'île de Pohnpei en Micronésie en 2000-2001 afin de tenter de lutter contre une épidémie qui se propageait à tout l'archipel. Selon les estimations, l'efficacité du vaccin a été de 79,2 %. En 2007-2008, l'apparition d'épidémies de choléra à Hanoï, la capitale vietnamienne, a incité les autorités à mener dans deux quartiers une campagne de vaccination avec administration de deux doses du vaccin anticholérique oral produit dans le pays et constitué de vibriens tués (vaccin similaire au Shanchol®) Selon les estimations, l'efficacité du vaccin a été de 76 %. Une campagne de vaccination massive au moyen de Shanchol® organisée par le ministère de la Santé et Médecins sans Frontières (MSF) avec le soutien de

18 Vu DT, Hossain MM, Nguyen DS, Nguyen TH, Rao MR, Do GC, Naficy A, Nguyen TK, Acosta CJ, Deen JL, Clemens JD, Dang DT. [Coverage and costs of mass immunization of an oral cholera vaccine in Vietnam.](#)  J Health PopulNutr. 2003, 21(4):304-8.

19 Cavailler P et al. Feasibility of a mass vaccination campaign using a two-dose oral cholera in an urban cholera-endemic setting in Mozambique. *Vaccine*, 2006 24(5):4890

20 Legros D, Paquet C, Perea W, Marty I, Mugisha NK, Royer H et al. [Mass vaccination with a two-dose oral cholera vaccine in a refugee camp.](#)  Bull World Health Organ 1999; 77(10):837-41.

21 Chaignat CL, Monti V, Soepardi J, Petersen G, Sorensen E, Narain J, Kieny MP. Cholera in disasters: do vaccines prompt new hopes? *Expert Rev Vaccine* 2008; 7(4):431-35.

22 Calain P, Chaîne JP, Johnson E, Hawley ML, O'Leary MJ, Oshitani H, Chaignat CL. Can oral cholera vaccination play a role in controlling a cholera outbreak? *Vaccine*. 2004, 22(19):2444-51.

23 Anh DD, Lopez AL, Thiem VD, Grahek SL, Duong TN, Park JK, Kwon HJ, Favorov M, Hien NT, Clemens JD. [Use of oral cholera vaccines in an outbreak in Vietnam: a case control study.](#)  PLoSNegl Trop Dis. 2011, 5(1):e1006.

L'Agence de médecine préventive (AMP), a été menée dans le district de Boffa (population totale : 162 190 habitants) en Guinée-Conakry, de mi-avril à mi-mai 2012. Les premiers cas de choléra avaient été confirmés dans le district début février 2012, soit deux mois avant le commencement de la saison des pluies, et continuaient à se multiplier en mars, lorsque les autorités ont pris la décision de vacciner la population. La campagne a ciblé l'ensemble de la population âgée de plus d'1 an. Le taux de couverture vaccinale pour les deux doses a atteint 77 % de la population cible (90 % pour le premier cycle de vaccination). Le dernier cas de choléra dans le district de Boffa a été signalé début mai 2012²⁴.

Dans ces divers contextes, le coût de l'administration des vaccins dans le pays (sans compter celui du vaccin lui-même) s'est échelonné entre 0,50 et 0,70 dollars US par personne totalement vaccinée, à l'exception notable d'Aceh (8,15 dollars US par personne totalement vaccinée).

Vaccins ayant obtenu la préqualification de l'OMS	Dukoral®	ShanchoI®
Type de vaccin	Vaccin oral monovalent, constitué de germes entiers tués de <i>V.cholerae</i> O1 associés à une sous-unité B recombinante de la toxine cholérique (WC/rBS)	Vaccin oral bivalent préparé à partir des sérogroupes O1 et O139 et ne contenant pas la sous-unité B
Âge	À partir de 2 ans ; sans limite d'âge au-delà	À partir de 1 an ; sans limite d'âge au-delà
Posologie	2 doses administrées par voie orale à 1 à 6 semaines d'intervalle 3 doses chez les enfants de 2 à 6 ans Dose de rappel 2 ans après	2 doses administrées par voie orale à 2 semaines d'intervalle Dose de rappel 2 ans après
Conditionnement	Flacons à dose unique de 3 ml fournis avec un sachet de solution tampon à base de bicarbonate de sodium	Flacons à dose unique de 1,5 ml
Solution tampon	Dilution dans 150 ml d'eau (75 ml pour les enfants de 2 à 5 ans) avec la solution tampon	Aucune solution tampon requise
Protection/efficacité	Début de la protection : 1 semaine après la 2ème dose Protection de 85 à 90 % à 6 mois pour toutes les tranches d'âge et de 62 % à 1 an chez les adultes	Début de la protection : 7 à 10 jours après la 2ème dose Protection de 67 % sur 3 ans
Effets secondaires	Aucun effet secondaire important signalé	Aucun effet secondaire important signalé
Conservation et chaîne du froid	3 ans à 2-8 °C, stable pendant 1 mois à 37 °C. Pas de PCV. Volume conditionné par dose : 136 cm ³ (en conditionnement de 2 doses ; existe également en conditionnement de 20 doses)	Durée de conservation : 2 ans à 2-8 °C PCV 14 Volume conditionné par dose : 16,8 cm ³ (paquet de 35 doses)
Fabricant	Crucell	Shantha, société du groupe Sanofi
Capacité de production	2 millions de doses par an	2 millions de doses par an, mais prévoit 10 millions avec des installations supplémentaires
Pays où le vaccin est autorisé	Autorisé dans 60 pays	Inde
Prix/dose estimé*	Crucell: 3,6 à 7,2 euros	Shanta: 1,85 dollars US

* Prix estimés des vaccins uniquement pour le secteur public. Un processus d'appel d'offres sera nécessaire pour obtenir les prix définitifs.

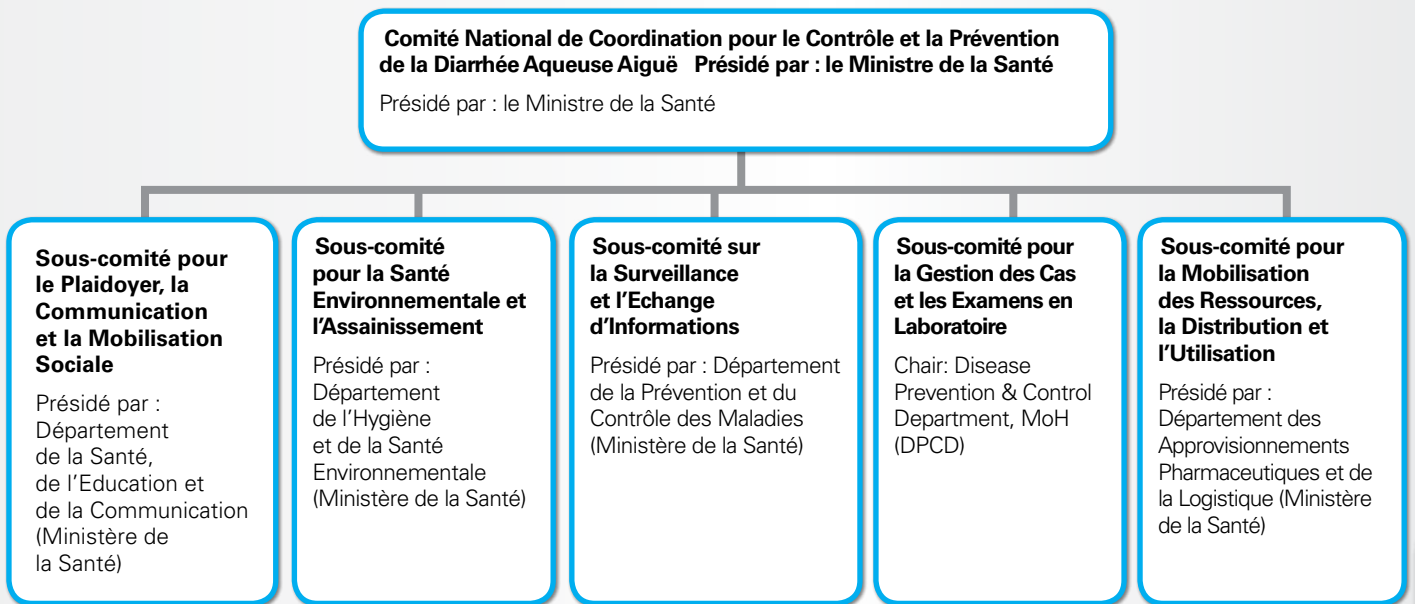
	Structure de coordination de l'Éthiopie relative à la diarrhée aqueuse aiguë, 2006-7 ¹	Structure de coordination du Zimbabwe relative au choléra, 2008-9 ²
Choléra/DAA	Le Gouvernement fédéral d'Éthiopie n'a pas officiellement déclaré le choléra et a attribué l'épidémie à la « DAA ».	La épidémie de choléra a été déclarée, mais l'aide de l'ONU et des organisations internationales n'a pas été sollicitée immédiatement.
Fédéral/National	L'Éthiopie est un pays fédéral.	Le Zimbabwe est un État-nation.
Importance de l'épidémie	78 191 cas cliniques (847 décès) en 2006 et 2007 (chiffres issus des Bulletins épidémiologiques hebdomadaires de l'OMS) Population : 85 millions d'habitants (2010, Rapport sur le développement humain du PNUD)	128 208 cas cliniques (5 634 décès) en 2008 et 2009 (chiffres issus des Bulletins épidémiologiques hebdomadaires de l'OMS) Population : 12,6 millions d'habitants (2010, Rapport sur le développement humain du PNUD)
Structure sectorielle ou « cluster » utilisée pour le choléra	Dispositif de coordination intersectoriel dirigé par le gouvernement. Les équipes spéciales d'urgence sectorielles préexistantes ont riposté à l'épidémie et à d'autres situations d'urgence telles que crues, glissements de terrain et sécheresse. Comme l'épidémie de DAA prenait de l'ampleur, une structure distincte gérée par le ministère de la Santé a été mise en place sous la houlette d'un Comité général de coordination national chargé de la lutte contre l'épidémie de diarrhée aqueuse aiguë (DAA) et de sa prévention.	Approche de responsabilité sectorielle (« cluster ») et mise en place d'un centre de coordination baptisé C4. Au départ, l'OMS ainsi que d'autres partenaires de l'ONU et des ONG ont apporté leur contribution dans le cadre de l'approche de responsabilité sectorielle concernant la santé, l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la logistique. Ils ont également soutenu les efforts du ministère de la Santé et de la protection de l'enfance. Par la suite, l'OMS a mis en place un Centre de commandement et de lutte contre le choléra (C4) au sein du ministère de la Santé et de la protection de l'enfance afin d'appuyer la coordination des activités de riposte.
Points forts perçus du dispositif de coordination	Dirigé par le gouvernement, par instruction du ministère de la Santé qui a parfois présidé les réunions. A permis à tous les acteurs nationaux participant activement à la riposte de discuter ouvertement des difficultés et des goulots d'étranglement communs aux domaines de la santé, de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène, de la nutrition et de la logistique. Des informations émanant de multiples sources et le partage des données sur l'épidémie par le ministère de la Santé, ont joué un rôle utile dans la priorisation des actions et permis d'obtenir une vue d'ensemble. Le gouvernement, des ONG et des organisations de l'ONU, notamment, ont pu collaborer à l'élaboration de messages et de plans de communication relatifs à la santé environnementale.	Le C4 a renforcé l'équipe de l'OMS dans le pays et donc sa capacité à appuyer le ministère de la Santé et de la protection de l'enfance. La structure nationale a été complétée par la mise en place d'équipes d'appui opérationnel au sein des bureaux de la Direction médicale provinciale et du Département de la santé urbaine. En raison des problèmes politiques que rencontrait le pays (l'épidémie a eu lieu avant l'instauration d'un gouvernement de coalition), de nombreuses organisations souhaitaient soutenir la lutte contre l'épidémie sans pour autant soutenir le gouvernement. Le C4, dont le personnel appartenait à l'OMS, leur a permis d'apporter cet appui.
Points faibles ou difficultés perçus auxquels le système de coordination a été confronté	La non-déclaration du choléra a retardé la mise en place de la structure de coordination chargée de lutter contre la DAA. À sa création, l'épidémie s'était déjà propagée à plusieurs États régionaux nationaux. Certains sous-comités du dispositif de coordination n'étaient pas fonctionnels. Les échanges de rapports au moment opportun entre les divers échelons des États et du niveau fédéral ont permis de faire face aux difficultés. Les relations entre le comité de coordination de la lutte contre la DAA et les équipes spéciales techniques n'ont pas été formalisées et ont dépendu des représentants présents aux deux réunions.	Il semble que la création du C4 ait généré une certaine confusion quant aux rôles respectifs du groupe sectoriel Santé et du C4. Le groupe sectoriel Eau, assainissement et hygiène (WASH) a estimé que le C4 n'avait pas beaucoup d'impact et a continué à coordonner ses propres actions de riposte à l'épidémie épidémique.

¹ Cette structure existait avant février 2007. Après cette date, le Gouvernement fédéral d'Éthiopie a approuvé l'adoption à l'essai de l'approche de responsabilité sectorielle pour la coordination générale dans les situations d'urgence.

² Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance, Zimbabwe et OMS (2008), *Establishment of Cholera Command Centre (C4) in Zimbabwe*

Structure de coordination de la lutte contre le choléra, Éthiopie, 2006-7

Structure temporaire de coordination de la lutte contre l'épidémie de DAA au niveau fédéral

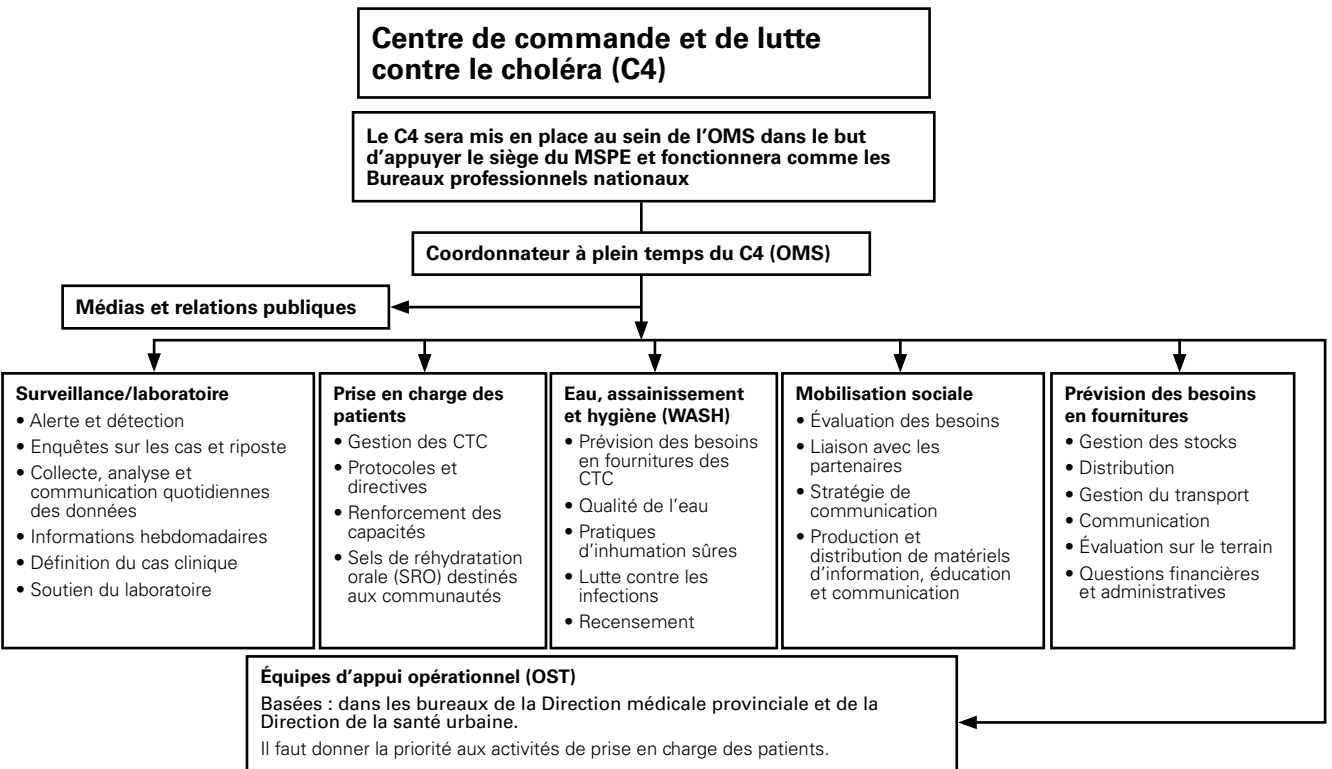
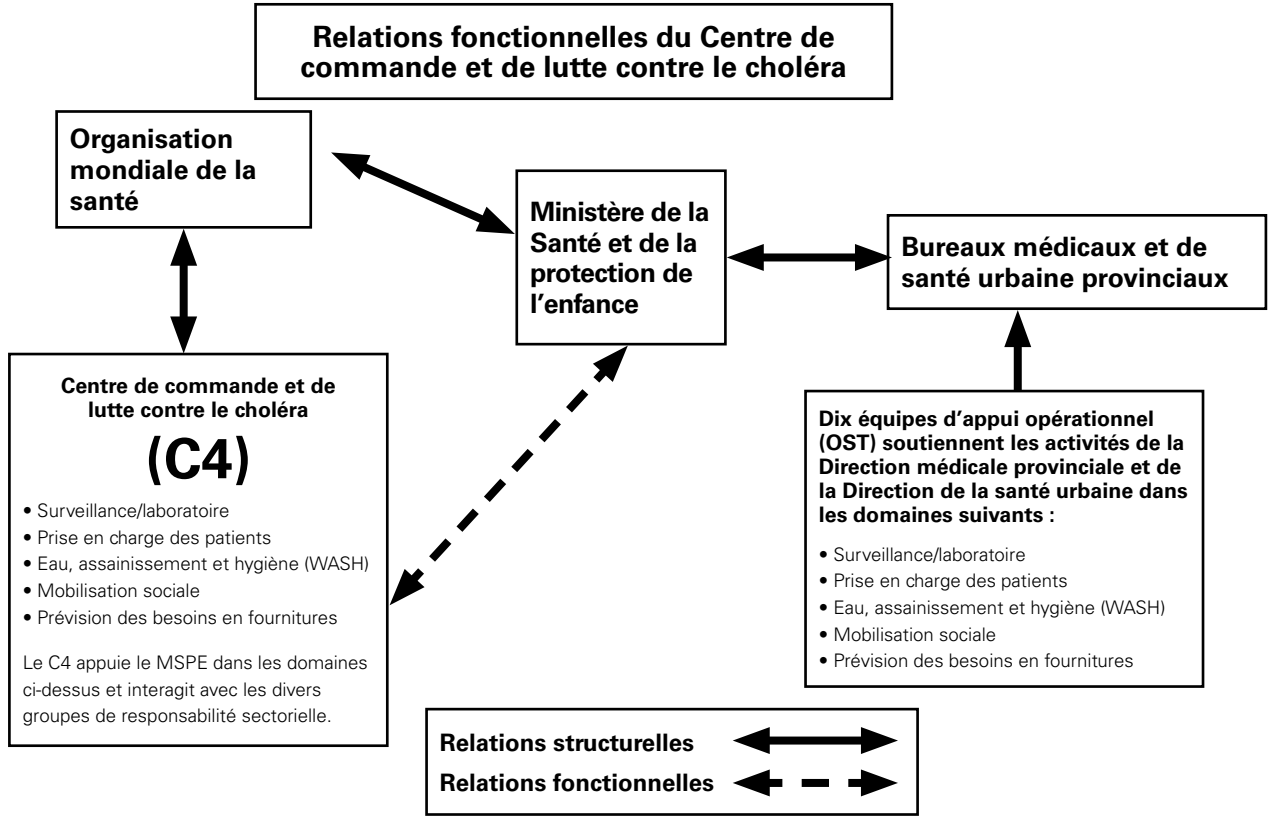


Certains États régionaux nationaux ont également mis en place des équipes spéciales de lutte contre la DAA pendant l'épidémie.

Réunions de coordination axées sur les urgences de toute nature

Niveau fédéral	Niveau des États régionaux nationaux
<p>Réunion du forum TIME (Technical Information Management Exchange) - présidée par la DPPA (Disaster Prevention & Preparedness Agency) appuyée par l'OCHA</p> <p>Participants à la réunion du forum TIME : Équipe spéciale Aide alimentaire d'urgence – Filière d'aide alimentaire (PAM) ; distribution d'aide alimentaire (DPPA) ; stocks alimentaires d'urgence. Équipe spéciale Eau et assainissement environnemental – Président : ministère des Ressources en eau / Co-président : UNICEF Équipe spéciale Santé et nutrition – Président : ministère de la Santé / Co-président : OMS Équipe spéciale Agriculture – Président : ministère de l'Agriculture</p>	<p>Les mécanismes de coordination varient selon les États régionaux nationaux. On trouvera ci-dessous deux exemples d'éléments de ces mécanismes.</p> <p>État régional national d'Afar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunion de l'équipe spéciale Secours régional d'Afar – Président : Bureau de la prévention et de la préparation aux catastrophes • Équipe spéciale en charge des urgences et du développement en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) en Afar – Président : Bureau de l'eau <p>État régional national d'Oromia :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Équipe spéciale Alerte précoce – Président : Comité en charge de la prévention et de la préparation aux catastrophes de sécurité alimentaire (FSDPPC) • Équipe spéciale Sécurité alimentaire – Président : FSDPPC • Équipe spéciale Santé et nutrition – Président : Bureau de la santé • Équipe spéciale Ressources en eau – Président : Bureau de l'eau • Équipe spéciale Agriculture/élevage – Président : Bureau de l'agriculture et de l'élevage

Structure de coordination de la lutte contre le choléra, Zimbabwe, 2008-9



5 Coordination, responsabilités et gestion des informations

A = Le groupe de responsabilité sectorielle Surveillance/laboratoire travaillera en étroite collaboration avec les directions de l'EDC³, du NHIS⁴ et du NMRL⁵.
 B = Le groupe de responsabilité sectorielle Prise en charge des patients travaillera en étroite collaboration avec le département EDC.
 C = Le groupe de responsabilité sectorielle WASH travaillera en étroite collaboration avec le département de la Santé environnementale et l'UNICEF.
 D = Le groupe de responsabilité sectorielle Mobilisation sociale travaillera en étroite collaboration avec l'unité Sensibilisation à la santé et l'UNICEF.
 E = Le groupe de responsabilité sectorielle Logistique travaillera en étroite collaboration avec NatPharm, le département Pharmacie et l'unité HARP.
 F = Les OST seront détachées dans les directorats provinciaux et de santé urbaine.

3 Epidemiology and Disease Control/ Département de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies
 4 National Health Insurance Scheme/ Plan national d'assurance maladie
 5 National Microbiology Reference Laboratory/ Laboratoire national de microbiologie de référence

LISTE DE CONTRÔLE RELATIVE À LA PRÉPARATION

Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici



Activité	Responsable/Commentaires	
Coordination, cadre institutionnel, gestion des informations		
Les structures de coordination relatives à la préparation et à la riposte au choléra ont été définies au niveau national et sous-national (régions, districts, communautés), de même que les intervenants présents à chaque niveau (notamment les représentants des autorités gouvernementales de différents secteurs, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, la société civile, les institutions de recherche, les représentants des communautés, etc.)	<input type="checkbox"/>	
Les responsabilités institutionnelles en matière de coordination ont été définies	<input type="checkbox"/>	
Des mécanismes de coordination et de communication transfrontalières ont été mis en place	<input type="checkbox"/>	
Les besoins en matière de gestion des informations ont été déterminés (nature des besoins, responsables et modalités de communication, quand et avec qui)	<input type="checkbox"/>	
Des simulations de situations d'urgence dues à des épidémies cholériques ont été effectuées	<input type="checkbox"/>	
Évaluation du risque de choléra		
Des informations de base sur le risque de choléra sont collectées, analysées et utilisées dans la planification, notamment : tendances en matière de choléra sur les 5 dernières années (y compris dans les pays voisins) et supports cartographiques, identification des zones et des populations potentiellement exposées au choléra, indicateurs de base de la couverture en matière de santé, d'eau, d'assainissement et d'hygiène et informations de base sur les capacités des systèmes relatifs à la santé, l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les régions à haut risque. Ces activités doivent être menées par tous les secteurs et toutes les parties prenantes clés ainsi que dans les pays voisins, le cas échéant.	<input type="checkbox"/>	
Plan de préparation et de riposte au choléra		
L'ensemble des parties prenantes clés a participé à l'élaboration d'un plan intersectoriel intégré de préparation et de riposte au choléra (avec calendrier, budget et indication des responsabilités)	<input type="checkbox"/>	
Politiques, stratégies, directives, normes et procédures opérationnelles		
Les politiques et les stratégies nationales auxquelles il convient d'intégrer la lutte contre le choléra ont été identifiées et les responsables de cette intégration ont été désignés et informés	<input type="checkbox"/>	
Des processus de révision, d'élaboration ou de mise à jour des directives nationales en matière de choléra ont été mis en place et sont appliqués. Tous les sites clés (établissements de santé, communautés, institutions en charge de l'eau et de l'assainissement, établissements scolaires, etc.) disposent d'orientations, d'outils et de normes à jour	<input type="checkbox"/>	
Des procédures opérationnelles ont été élaborées pour certaines stratégies et certaines actions	<input type="checkbox"/>	
Stratégie et plan de communication		
Une stratégie et un plan de communication ont été élaborés (à l'intention des médias et des communautés)	<input type="checkbox"/>	
Des supports relatifs à l'information, l'éducation et la communication ont été réalisés et adaptés en vue d'une utilisation rapide – L'annexe 7C fournit une liste de contrôle détaillée en matière de communication	<input type="checkbox"/>	
Surveillance et alerte rapide		
Des systèmes de surveillance et d'alerte rapide spécifiques au choléra sont en place et fonctionnels	<input type="checkbox"/>	

Les capacités des laboratoires en termes d'équipement, de consommables et de formation sont adaptées à la surveillance du choléra et à la riposte)	<input type="checkbox"/>	
Ressources humaines		
Le recensement des capacités relatives au choléra a été effectué	<input type="checkbox"/>	
L'évaluation des besoins en matière de capacités a été menée	<input type="checkbox"/>	
Un plan de renforcement des capacités a été élaboré	<input type="checkbox"/>	
Dans les zones prioritaires (les plus vulnérables au choléra), les agents de santé, les professionnels de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ainsi que les dirigeants des autorités locales ont suivi une formation	<input type="checkbox"/>	
Des équipes de riposte rapide ont été créées (le cas échéant) et dotées de termes de références précis	<input type="checkbox"/>	
Des accords prévisionnels ont été conclus avec des partenaires pour la riposte au choléra	<input type="checkbox"/>	
Des listes de personnes à contacter ont été créées en vue de la riposte au choléra (ou bien il existe une liste générale recensant les coordonnées des acteurs du secteur des situations d'urgence où figurent leurs capacités en matière de choléra)	<input type="checkbox"/>	
Établissements de santé		
Les établissements de santé ont été recensés et leurs capacités en matière de gestion du choléra ont été évaluées	<input type="checkbox"/>	
Les établissements de santé des zones à haut risque disposent du personnel, des normes et des orientations techniques, des fournitures et des documents de suivi des données appropriés	<input type="checkbox"/>	
Fournitures/stocks		
Les stocks d'urgence de médicaments et de fournitures médicales ainsi que de fournitures relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène requis ont été identifiés	<input type="checkbox"/>	
Les responsabilités logistiques en matière d'achat, de distribution et d'entreposage ont été convenues (notamment concernant les produits nécessitant des installations frigorifiques)	<input type="checkbox"/>	
Des procédures d'achat des fournitures ont été élaborées	<input type="checkbox"/>	
Les responsables des stocks constitués pendant la préparation ont été identifiés et le planning de réapprovisionnement des consommables a été établi	<input type="checkbox"/>	
Mobilisation des ressources		
Les sources de financement et les filières de collecte de fonds ont été identifiées et les processus ont été lancés	<input type="checkbox"/>	
Préparation des communautés (dans les zones vulnérables au choléra prioritaires)		
La mobilisation des communautés et l'élaboration de plans d'action communautaires ont été menées	<input type="checkbox"/>	
La surveillance de la qualité de l'eau a été renforcée	<input type="checkbox"/>	
Des activités participatives de sensibilisation à la santé et à l'hygiène ont eu lieu	<input type="checkbox"/>	
La surveillance communautaire est en cours	<input type="checkbox"/>	
La formation des responsables communautaires, ainsi que des fournisseurs de denrées alimentaires et d'eau, est en cours	<input type="checkbox"/>	













LISTE DE CONTRÔLE RELATIVE À LA PRÉPARATION



Activité	Responsable/Commentaires	
Conduite d'enquêtes et confirmation des épidémies		
Vérification des cas de choléra présumés en vue du déclenchement d'une alerte	<input type="checkbox"/>	
Enquête/évaluation intersectorielle et interorganisation rapides dans la zone de l'épidémie présumée	<input type="checkbox"/>	
Confirmation des cas cliniques initiaux par des examens de laboratoire	<input type="checkbox"/>	
Actions de riposte immédiate		
Déclaration de l'épidémie de choléra et notification des autorités centrales ainsi que des autorités des districts environnants et des pays voisins	<input type="checkbox"/>	
Tenue immédiate d'une réunion de l'équipe spéciale de lutte contre le choléra/réunion intersectorielle des parties prenantes clés possédant une expérience de la riposte au choléra – Révision du plan de préparation et définition des besoins et des actions prioritaires. Déterminer qui va faire quoi, et où	<input type="checkbox"/>	
Estimation des populations à risque et du nombre de malades potentiel afin d'évaluer les besoins en fournitures et en ressources	<input type="checkbox"/>	
Création d'un réseau d'alerte et d'intervention rapide, d'un système permettant un signalement des cas et une riposte rapides, et d'un dispositif de suivi permanent	<input type="checkbox"/>	
Exécution d'une évaluation des besoins pour déterminer les besoins en ressources (fournitures, RH, financement)	<input type="checkbox"/>	
Utilisation du plan de communication élaboré pendant la préparation et des matériels d'information, d'éducation et de communication préparés à l'avance pour commencer à informer les médias et le grand public sur la prévention et la prise en charge de la maladie	<input type="checkbox"/>	
Mobilisation des partenaires sur la zone de l'épidémie initiale pour prendre les cas en charge, assurer la communication et mener des interventions dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ; communication immédiate sur la prévention du choléra et préparation à la prise en charge des patients dans les communautés environnantes	<input type="checkbox"/>	
Repérage rapide des manques en termes de ressources humaines (RH) et de partenaires : transfert de personnel à l'intérieur du pays pour la riposte initiale et demande de RH de renfort ou envoi de demandes aux registres d'urgence	<input type="checkbox"/>	
Déblocage des fournitures en stock et commande de fournitures en fonction de l'estimation des besoins	<input type="checkbox"/>	
Préparation d'une demande de financement d'urgence. Recherche des bailleurs de fonds bilatéraux présents dans le pays et organisation d'une réunion avec eux	<input type="checkbox"/>	
Actions de riposte ciblant les communautés		
Renforcer la surveillance des points d'eau, chlorer les sources d'eau et augmenter les niveaux résiduels de chlore dans les zones urbaines	<input type="checkbox"/>	

Intensifier la surveillance des points de vente alimentaires et engager une formation de remise à niveau sur la sécurité alimentaire et l'hygiène ciblant notamment les marchés	<input type="checkbox"/>	
Élaborer et appliquer des méthodes et des filières de communication et de mobilisation des communautés afin de toucher les foyers et les groupes vulnérables ; utiliser des supports d'information, d'éducation et de communication préparés à l'avance	<input type="checkbox"/>	
Sessions de formation à l'intention des responsables communautaires, des chefs religieux, du corps enseignant, etc.	<input type="checkbox"/>	
Intensifier la surveillance et le nettoyage/entretien des latrines installées dans les institutions et d'autres lieux publics ainsi que des installations de lavage des mains	<input type="checkbox"/>	
Créer des points de réhydratation orale dans les communautés complétés par une formation et un appui	<input type="checkbox"/>	
Entreprendre et mener des campagnes de vaccination (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>	
Actions de riposte relatives aux établissements de santé		
Évaluations détaillées des établissements de santé, de leurs besoins et de leurs insuffisances	<input type="checkbox"/>	
Créer de nouveaux centres de traitement du choléra pour remédier à la pénurie ; assurer la formation et le suivi	<input type="checkbox"/>	
Dispenser une formation et mettre en place un système de mentorat pour la prise en charge des patients et la lutte contre les infections ainsi que la collecte, l'analyse et l'utilisation des données	<input type="checkbox"/>	
Coordination, gestion des informations et suivi permanents		
Tenir des réunions périodiques de coordination nationales intersectorielles et interorganisations	<input type="checkbox"/>	
Tenir des réunions périodiques de coordination intersectorielles et interorganisations dans les districts	<input type="checkbox"/>	
Créer des outils de gestion des informations, des systèmes et des filières pour la communication ordinaire de la situation, des actions de riposte et des besoins ; en faire bénéficier toutes les parties prenantes clés	<input type="checkbox"/>	
Produire et tenir systématiquement à jour un tableau « qui fait quoi »	<input type="checkbox"/>	
Collecte, analyse et diffusion périodiques à tous les acteurs clés des tendances épidémiologiques et des mesures prises sur la base des informations	<input type="checkbox"/>	
Visites sur le terrain, suivi (par rapport aux indicateurs convenus du plan de préparation) et production périodique de bulletins de situation	<input type="checkbox"/>	
Supervision périodique et formation pratique de remise à niveau	<input type="checkbox"/>	
Réunions de bilan, évaluations en temps réel	<input type="checkbox"/>	

Le tableau ci-après présente plusieurs types de recommandations relatives à la lutte contre le choléra, choisies parce qu'elles mettent en évidence diverses bonnes pratiques.

Exemples de recommandations relatives à la lutte contre le choléra comportant de bonnes pratiques

Exemples	Auteur	Description des bonnes pratiques et commentaires
Exemples des recommandations nationales relatives à la lutte contre le choléra		
Cholera control guidelines, Kenya (2001) 	Division des maladies contagieuses et à transmission vectorielle, Unité de gestion des épidémies, ministère de la Santé, gouvernement du Kenya	Les recommandations nationales relatives à la lutte contre le choléra comportent deux sections principales : recommandations cliniques concernant la gestion de la maladie (informations générales sur la pathologie, prise en charge des patients cholériques, gestion d'un centre de traitement du choléra, éducation des patients et de leur famille) et surveillance du choléra et lutte contre les épidémies (objectifs de la surveillance du choléra, processus de surveillance, riposte aux épidémies et interventions de santé environnementale dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le choléra).
Zimbabwe: Cholera control guidelines 3rd edition. 	Ministère de la Santé et de la protection de l'enfance, OMS	Les recommandations nationales relatives à la lutte contre le choléra ont été élaborées lors d'une épidémie majeure qui a frappé le Zimbabwe. Elles abordent les sujets suivants : informations générales sur le choléra, prévention du choléra, préparation aux épidémies de choléra, riposte rapide aux risques d'épidémies, prise en charge des patients cholériques, prévention de la propagation d'épidémies, rôle des laboratoires et production de bulletins/surveillance. Le document comporte des annexes pratiques et utiles.
Ajoutez votre exemple		
Exemples de recommandations issues d'une collaboration sectorielle		
Recommandations relatives à la lutte contre le choléra (au format feuille d'information)	Groupe de responsabilité sectorielle WASH, Somalie	Série de recommandations au format « feuille d'information », simple et facile à utiliser sur le terrain. Ces recommandations abordent les sujets suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Kitchen and cooking recommendations for schools and children centres for cholera response  • Cholera / watery diarrhoea preparedness and response in schools, day-cares and child friendly spaces  • Cholera preparedness and response for health facilities and feeding centres  • Funeral and burial recommendations for deaths from acute watery diarrhoea / cholera   • Guidelines for water, sanitation and hygiene in cholera treatment centres  • Using a pool-tester  • Undertaking a sanitary surveys for wells and boreholes 
WASH guidelines for cholera prevention, preparedness and control - Toolkit F (2010 - late draft)  	Groupe de travail Situations d'urgence du groupe de responsabilité sectorielle WASH, République-Unie de Tanzanie (couvrant le continent et Zanzibar, avec la participation des ministères de la Santé, de divers acteurs de la société civile et de l'UNICEF)	Élaborées à partir des bonnes pratiques de plusieurs pays dans le but de renforcer les capacités du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène de Tanzanie dans le cadre de la prévention, de la préparation et de la riposte au choléra. Elles répondaient à un double objectif : appuyer les recommandations relatives au choléra du gouvernement, dont l'échéance de mise à jour approchait, et servir de ressource au renforcement des composantes et des capacités du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Elles abordent les sujets suivants : informations générales sur le choléra, prévention, préparation relative à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ripostes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les communautés, questions relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé ou les centres de traitement du choléra lors des épidémies cholériques, supervision, soutien et suivi des familles touchées. Elles comprennent un cadre de communication et d'autres annexes pratiques. Elles font partie d'une série d'outils relatifs aux questions portant sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les situations d'urgence. La consultation du Guide E, centré sur la communication relative à l'hygiène dans les situations d'urgence, est particulièrement recommandée pour le choléra.

Exemples	Auteur	Description des bonnes pratiques et commentaires
Exemples de recommandations élaborées par certaines organisations		
Cholera Outbreak : Assessing the outbreak response and improving preparedness (2004)	Organisation mondiale de la Santé	Les recommandations relatives aux épidémies de choléra de 2004 (LIEN) abordent les sujets suivants : détection et confirmation des épidémies, organisation de la riposte, gestion des informations, prise en charge des patients (traitement, baisse de la mortalité, mesures d'hygiène dans les établissements de santé, participation de la communauté à la réduction de la propagation de la maladie, contrôle de l'environnement), eau potable, pratiques alimentaires sûres, assainissement, pratiques funéraires, surveillance et participation des partenaires internationaux. Elles comportent plusieurs annexes utiles.
Cholera Guidelines (2004)	Médecins sans Frontières	Ce guide pratique à l'intention de l'organisation Médecins sans frontières (LIEN) est également largement approuvé et utilisé par d'autres acteurs. Il aborde les sujets suivants : caractéristiques des épidémies cholériques, conduite d'enquêtes sur les épidémies, stratégies d'intervention, interventions visant à réduire la mortalité, prise en charge des patients, limitation de la propagation de l'épidémie, suivi et évaluation, fin des épidémies et préparation au choléra. Il est assorti de plusieurs annexes pratiques et utiles.
COTS program	Supports de formation aux épidémies de choléra et de shigellose (COTS) rédigés par le Centre international de recherche contre les maladies diarrhéiques au Bangladesh	Ces supports fournis dans le cadre du programme de formation en ligne « Emergency response to cholera and shigellosis epidemics » constituent également un document riche en recommandations utiles. Il fournit des informations générales sur le choléra et la shigellose ainsi que sur les caractéristiques cliniques et le traitement de ces deux maladies. Il traite également des comorbidités, de la coordination et des mesures à prendre pendant et après les épidémies. Informations disponibles sous forme de sessions de formation téléchargeables (LIEN) et de fiches spécifiques aux différentes tâches www.cotsprogram.com 
CDC	Recommandations et supports de formation à l'intention des cliniciens et des agents de santé communautaires, Haïti	Des liens figurent dans le Guide.
OXFAM	Oxfam Cholera Outbreak Guidelines : preparedness, prevention and control.  (2012)	

1. Informations générales Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici

Date de la visite :

Site :

Province	District	Ville	Village/région	Nom de l'établissement de santé

Personnes clés rencontrées (locales et partenaires)

Nom	Fonction(s)	Organisation	N° de téléphone

Membres de l'équipe d'évaluation

Nom	Fonction(s)	Organisation	N° de téléphone

Informations de base sur le site évalué

Informations de base	
Population approximative de la zone touchée (nombre de villages/districts)	
Densité démographique	
Type d'environnement : urbain/rural/camp	
Existe-t-il des lieux spécifiques à forte densité de population ? (prisons, camps de personnes déplacées, écoles)	
Le contexte risque-t-il de changer ? <ul style="list-style-type: none"> • Changements saisonniers dont saison des pluies ou saison sèche, crues (indiquer le moment) • Mouvement de population, notamment aux fins de rassemblements ou de commerce • Grand rassemblements • Risques d'insécurité 	
Cette zone comporte-t-elle des routes commerciales spécifiques associées à une circulation importante ? (en préciser le type, par exemple commerce du poisson et périodes de l'année où ont lieu les échanges commerciaux)	
Informations sur les cas de choléra/DAA au cours des 3 à 5 dernières années. Si des données existent, indiquer les chiffres et les tendances	

2. Évaluation des risques et des capacités des établissements (santé, eau, assainissement, hygiène)

Structure et normes des établissements

Bassin de population total desservi par l'établissement de santé	
Quelles sont les premières causes de morbidité et de mortalité dans le bassin de population concerné (proportion en % de la diarrhée et de l'âge) ?	
Quel est le pourcentage de couverture du traitement par les sels de réhydratation orale et par le zinc ?	
Distance moyenne à parcourir à pied pour atteindre l'établissement de santé (< 5 heures, > 5 heures). Est-il accessible à la communauté ? Dans le cas contraire, pourquoi ?	
Heures d'ouverture - Préciser	
Nombre de chambres et de lits de l'établissement, capacité d'extension (voir la partie B de ce formulaire d'évaluation portant sur les critères à remplir pour devenir un CTC)	
Existe-t-il un système de triage ?	
Les agents de santé ont-ils accès à des recommandations/organigrammes expliquant comment prendre correctement en charge les patients cholériques et les utilisent-ils ?	
L'établissement dispose-t-il du financement nécessaire pour continuer à dispenser ses services et accepter un plus grand nombre de patients ?	
Les services relatifs au choléra sont-ils gratuits ? Dans le cas contraire, noter le coût.	
Une ambulance est-elle à disposition en permanence ?	

Surveillance et alerte rapide

L'établissement se réfère-t-il à une définition standard du cas de choléra ? La noter ici.	
L'établissement possède-t-il un registre/une liste descriptive des patients cholériques ? (Demandez-en une copie ou prenez-en une photo et joignez-la à ce formulaire.)	
L'établissement est-il en mesure d'analyser les données recueillies (chiffres, courbes) ?	
Existe-t-il un système de signalement rapide des cas présumés permettant de les confirmer sous 24 heures ? Quels sont les problèmes rencontrés ?	
Quelle méthode de communication est utilisée ou à disposition pour signaler les cas et les décès ? (ligne téléphonique terrestre, téléphone portable, radio, autre ou aucune). Les données recueillies dans la communauté sont-elles communiquées à l'établissement ?	
Quelle est la périodicité de transmission des données au niveau central ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?	
L'établissement est-il en mesure de prélever des échantillons aux fins d'examen de laboratoire ? (kits de test, milieux de transport Cary-Blair) <ul style="list-style-type: none"> • Où les prélèvements destinés aux examens de laboratoire sont-ils envoyés ? • Quels sont les problèmes rencontrés ? 	

Lutte contre l'infection

Nombre et type de latrines en état de fonctionnement dans l'établissement et mécanismes d'évacuation sûre des excréments et des vomissures. Quel est leur état de propreté ?	
Les agents de santé connaissent-ils et respectent-ils des pratiques adéquates de lutte contre l'infection pour éviter la contamination ? (lavage des mains, etc.)	
Méthode d'approvisionnement en eau de l'établissement. Distance entre la source d'eau et l'établissement. Pratiques de traitement. Existe-t-il des installations de stockage ?	
De combien de litres d'eau par patient le centre dispose-t-il ? De combien de litres d'eau potable ? Et d'eau destinée à d'autres usages ?	
Existe-t-il un système de désinfection des vêtements et de la literie ? Dans l'affirmative, avec quel produit ?	
Existe-t-il un système de gestion des déchets ? (fosse, incinérateur)	
Comment évacue-t-on ou traite-t-on les eaux usées ?	
L'établissement dispose-t-il d'un système de gestion de la dépouille des patients cholériques décédés ? Le personnel connaît-il la procédure ?	

Fournitures

L'établissement dispose-t-il d'une quantité adéquate de fournitures ? Manque-t-il de sels de réhydratation orale, de solutions IV, de tubulures et d'aiguilles de perfusion, d'antibiotiques, de zinc, de lits de cholériques, de chlore, de savon, de gants, de tests de diagnostic rapide ?	
Comment la chaîne logistique est-elle gérée et auprès de qui l'établissement s'approvisionne-t-il en fournitures destinées aux programmes ordinaires et aux situations d'urgence ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?	

Utilise-t-on et met-on à jour une fiche de tenue des stocks ?	
L'établissement manque-t-il des ressources nécessaires pour communiquer les alertes et envoyer les données ordinaires (accès pour téléphones portables, ligne téléphonique, Internet) ?	
Quelles ressources requises d'urgence en cas d'épidémie font défaut ? (fournitures, personnel, fonds, espace)	
Que manque-t-il à moyen terme ?	

3. Évaluation des risques et des capacités à l'extérieur de l'établissement

Approvisionnement en eau

<p>Quels types de sources d'eau sont disponibles et utilisés ? (puits, forage, mare, cours d'eau, récupération d'eau de pluie)</p> <ul style="list-style-type: none"> Quels ont été les changements récents (coupure de l'approvisionnement en eau, sécheresse, crue, arrivée de population) ? 	
<p>Existe-t-il un système de mesure du chlore résiduel libre ? Existe-t-il un objectif en % ?</p>	
<p>Existe-t-il un système de mesure de la turbidité ? Des coliformes ? À quelle fréquence ces variables sont-elles mesurées ?</p>	
<p>Observer les sources d'eau et effectuer une rapide enquête sanitaire pour identifier les principales sources de contamination</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe-t-il des interruptions dans l'approvisionnement en eau ? Des sources d'eau potable, ou non, de la zone sont-elles hors service ? La communauté utilise-t-elle les sources d'eau probablement contaminées ? Dans l'affirmative, lesquelles ? (cours d'eau, forage) Des problèmes d'assainissement ou des modifications du système ou des infrastructures sont-ils susceptibles d'entraîner une contamination ? 	
<p>Quelles sont les mesures prises pour traiter l'eau potable acheminée ou les sources d'eau au niveau de la communauté ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe-t-il un système de contrôle des niveaux de chlore et qui en est responsable ? Fonctionne-t-il convenablement ou cela a-t-il changé récemment ? 	
<p>Observer ou demander quelle est la provenance de l'eau utilisée (source, puits, robinet, vendeurs d'eau, ruisseau, lac, rivière) et ce à quoi elle sert (boisson, cuisine, bain). Quels changements sont intervenus ?</p>	
<p>Quelles sont les mesures prises dans les ménages pour traiter/rendre salubre l'eau à boire (ébullition, chloration, filtre en tissu, filtre en céramique, autre méthode, aucune) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonctionnent-elles ou des changements sont-ils intervenus récemment ? Des produits de chloration destinés à la désinfection de l'eau domestique sont-ils disponibles et la communauté y a-t-elle accès ? 	
<p>Comment l'eau est-elle stockée dans les habitations ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Cela a-t-il changé récemment ? 	
<p>Quelle quantité moyenne d'eau potable est consommée par jour ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Cela a-t-il changé et pourquoi ? 	
<p>Quelle quantité moyenne d'eau par jour est affectée à d'autres usages, notamment au refroidissement ?</p>	
<p>Existe-t-il des recommandations standard relatives à la chloration des sources auxquelles s'approvisionne la communauté et se trouvent-elles au niveau de la communauté/des ménages ?</p>	

Collecte et évacuation des excréments

Utilise-t-on des latrines ? Sont-elles correctement utilisées ?	
Les latrines sont-elles placées à une distance suffisante des points d'approvisionnement en eau pour éviter la contamination ?	
Utilise-t-on des fosses septiques ? Où sont-elles vidées ?	
La méthode d'évacuation du contenu des fosses septiques permet-elle de prévenir la transmission des maladies ?	
Utilise-t-on des égouts ? Où vont les eaux usées ? Sont-elles traitées ?	
Dans les zones sans latrines ni toilettes à chasse d'eau, où les gens défèquent-ils ? Y a-t-il des indications de défécation en plein air ?	
Constata-t-on que des latrines et des fosses septiques débordent et que des tuyaux d'égout sont endommagés ?	
Les latrines, les fosses septiques et les égouts sont-ils proches des systèmes d'approvisionnement en eau ? Noter la distance. Les latrines disposent-elles d'un éclairage satisfaisant et sont-elles séparées pour les hommes et les femmes ?	

Élimination des déchets

Existe-t-il un service central de collecte des déchets ? • Y a-t-il eu des changements ou des interruptions ?	
La décharge se trouve-t-elle à proximité des habitations ?	

Pratiques de sensibilisation des communautés et des ménages à l'hygiène et à la santé

Existe-t-il un réseau d'agents de santé communautaires ? Sont-ils formés à la détection et à la prise en charge du choléra ?	
Les ménages reçoivent-ils régulièrement des messages essentiels ? (noter la périodicité et la date du dernier message) notamment sur les sujets suivants <ul style="list-style-type: none"> • comment se protéger ; • ce qu'il faut faire quand quelqu'un tombe malade ; • ce que sont les sels de réhydratation orale et comment les utiliser ; • Les ménages ont-ils des sels de réhydratation orale ou savent-ils où s'en procurer ? • quand et comment se laver les mains ; • comment évacuer les selles sans risque ; • comment gérer les rassemblements et les funérailles. 	
Les principales filières et les supports d'information, d'éducation et de communication sont-ils connus ? (radio, écoles, télévision, institutions religieuses, journaux)	
Les ménages ont-ils accès à du savon et à du chlore ? Sous quelle forme ? Savent-ils utiliser le chlore ?	

<p>Dans les écoles</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'école dispose-t-elle d'eau traitée ? • Y a-t-il des latrines ? Dans l'affirmative, sont-elles propres et dotées d'installations de lavage des mains ? • Les repas sont-ils confectionnés de manière hygiénique ? • Les enseignants connaissent-ils les mesures à prendre en cas de choléra ? • Les élèves reçoivent-ils des informations sur le choléra ? 	
<p>Lors des funérailles et des rassemblements (préciser)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la pratique traditionnelle en matière d'inhumation ? • Sert-on de la nourriture aux rassemblements ? • Prend-on des précautions pour éviter la transmission du choléra lors des enterrements ou des grands rassemblements ? (dans l'affirmative, lesquelles ?) 	
<p>Dans les restaurants et sur les marchés</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nourriture est-elle servie chaude et fraîchement confectionnée ? Sa conservation est-elle hygiénique ? • Le personnel de service se lave-t-il les mains ? • Les vendeurs de denrées alimentaires de la communauté sont-ils soumis à des mesures de contrôle de l'hygiène et de la qualité ? Ces mesures ont-elles changé ? Les personnes qui manipulent les aliments sont-elles informées ? 	
<p>Que fait-on de la dépouille des personnes décédées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la famille touchent-ils le corps pendant la cérémonie d'enterrement ? • Les corps sont-ils transportés ? 	

Ressources et fournitures

<p>Existe-t-il un stock suffisant de chlore, de seaux avec couvercle ou de jerrycans, de savon, de supports d'information, d'éducation et de communication, d'équipement médical ? Noter toutes les ruptures de stock du mois précédent.</p>	
<p>Des fournitures ont-elles été demandées, à qui, quand ?</p>	
<p>Combien de ruptures de stock le centre a-t-il connu au cours du mois écoulé ?</p>	
<p>Le personnel (agents de sensibilisation à l'hygiène, spécialistes techniques de l'assainissement) est-il en nombre suffisant ?</p>	
<p>Quelles ressources requises d'urgence font défaut ?</p>	

4. Coordination et gestion du choléra

<p>Existe-t-il un comité de coordination de la lutte contre le choléra au niveau du district ? Est-il multisectoriel ? Noter le nom des organisations clés.</p>	
<p>À quelle fréquence ont lieu les réunions du comité de coordination ?</p>	
<p>Existe-t-il un plan de riposte ?</p>	
<p>Un budget est-il alloué à la lutte contre le choléra ? Noter le montant et son emploi.</p>	
<p>Une liste des besoins a-t-elle été établie suite à l'évaluation ?</p>	

5. Principaux facteurs de risque (dont niveau des capacités)

Sur le site évalué et avec tous les partenaires de l'équipe, déterminez les principaux facteurs de risque (c'est-à-dire : forte densité démographique, risque de crue, imminence de poussées saisonnières, détérioration possible des systèmes d'eau et d'assainissement, anticipation des mouvements de population (voir la section 2.3.3 concernant les facteurs de risque)) et estimez les populations à risque dans cette zone ainsi que le nombre de cas attendu en cas d'épidémie sur ce site.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

MESURES À PRENDRE

À court terme et de façon URGENTE

À moyen et long terme

Partie B - Faisabilité d'un CTC

Ce modèle de questionnaire peut servir à évaluer la faisabilité de la transformation d'un établissement de santé en CTC pendant une épidémie (voir l'**annex 8E** pour obtenir les spécifications détaillées)

- Quel est le bassin de population desservi par l'établissement de santé ?
- Existe-t-il d'autres installations de soins primaires ou secondaires prenant en charge la DAA/le choléra et desservant également ce bassin de population ?
- À quel emplacement du site de l'hôpital faudrait-il installer le CTC? Pourquoi cet endroit est-il le plus judicieux ?
- Quelle est la superficie du terrain (en pieds ou en mètres) ?
- Le terrain est-il plat ou faut-il le niveler ?
- Quelle surface le CTC occupera-t-il ? Faut-il prévoir des fondations (par exemple, une dalle de béton) ?
- Le terrain est-il inondable ? Comment est-il drainé ?
- Compte tenu de la superficie et de la morphologie du terrain, quel agencement des tentes est recommandé (nombre et taille des tentes) ?

- Existe-t-il une source fixe d'eau courante sur ce site ? Dans le cas contraire, comment est-il possible d'en créer une ?
- Y a-t-il de l'eau potable sur le site ?
- Comment les déchets du CTC seront-ils gérés ?
- Existe-t-il des latrines/toilettes sur le site ? Existe-t-il des latrines/toilettes séparées pour les patients et le personnel ?
- Comment le linge de lit et les tissus souillés seront-ils gérés (lavés ou jetés) ?
- Quelle est l'installation générale de gestion des déchets de l'hôpital ? L'hôpital utilise-t-il un ou plusieurs des dispositifs suivants et comment : incinérateur, enfouissement sur place, collecte et mise en décharge municipale des déchets ?
- Ce site dispose-t-il d'une source d'électricité fixe ?
- De quelles mesures de sécurité supplémentaires, le cas échéant, ce site a-t-il besoin ?
- Existe-t-il un autre emplacement viable, situé en dehors du site de l'hôpital ?

Recrutement et activités

- Comment le personnel du CTC sera-t-il recruté ? De quel(s) service(s) de l'hôpital viendra-t-il ?
- L'établissement de santé a-t-il la capacité de gérer et de faire fonctionner le CTC ?
- Quel sera le coût de fonctionnement estimé du CTC (tel que sa construction a été planifiée) ?
- Quelles sont les options de financement du CTC si l'hôpital ne peut pas prendre en charge l'intégralité des coûts ?
- Quel est le plan de recrutement de l'hôpital ?
- Existe-t-il un lieu d'entreposage sécurisé pour l'équipement, les médicaments ou les consommables qui seraient livrés avant la fin de la réalisation du CTC ?
- Quels sont les plus gros problèmes anticipés ?

A. Contenu des plans de préparation et de riposte

Les deux tableaux ci-après présentent les éléments clés des plans de préparation et de riposte.

Sections à inclure en fonction du type de plan

Type de plan	Sections à inclure dans le plan
Plan de préparation (autre que plan d'urgence)	I à III et V à XIV
Plan d'urgence (type spécifique de plan de préparation)	I à XIV
Plan de riposte	I à III et VI à XIV

Contenu des plans de préparation et de riposte aux épidémies de choléraⁱ

Section		Sous-sections
I	Énoncé du problème	Présentation générale du choléra (nature, symptômes, effets). Données épidémiologiques des années précédentes spécifiques au contexte (nombre de cas et de décès par saison, année et lieu)
II	Informations sur le contexte	<ul style="list-style-type: none"> Données géographiques Données démographiques Facteurs socioéconomiques et culturels, notamment ceux dont l'impact sur les comportements relatifs à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène et à la consultation de professionnels de santé sont connus Détermination des zones les plus vulnérables au choléra à partir des données issues des épidémies antérieures Contraintes et enseignements tirés des épidémies cholériques antérieures Identification des risques (épidémie de choléra) et des principaux facteurs de risque
III	Objectifs stratégiques et résultats	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un cadre cohérent pour les actions de préparation, auquel tous les acteurs peuvent contribuer Vue d'ensemble de la disponibilité de partenaires spécifiques avec mention de leur expérience et de leurs compétences en matière de choléra Fourniture d'informations utiles pour la mobilisation des ressources Proposition d'un cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage à partir des enseignements de la riposte Réponse aux questions : <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les objectifs stratégiques du plan ? - Quels sont les résultats attendus du plan ?
IV	Élaboration de scénarios (plan d'urgence seulement)	<ul style="list-style-type: none"> Identification des scénarios auxquels le plan répondra Identification des impacts probables de ces scénarios Utilisation des sections ci-dessous pour déterminer les mesures de préparation clés et les actions de riposte que nécessite chaque scénario
V	Stratégies et actions de préparation	<p><i>Définir les stratégies et les actions de préparation relatives aux domaines ci-dessous.</i></p> <p><i>Veiller à prendre en compte des considérations transversales telles que la protection, le genre, la vulnérabilité et l'environnement et à y répondre</i></p>
	Cadre institutionnel, coordination	<ul style="list-style-type: none"> Clarification des structures de coordination de la préparation et de la riposte au choléra au niveau national, sous-national (région, district, communauté) ainsi que des intervenants à chaque niveau Définition des responsabilités institutionnelles de coordination et de mise en œuvre des différents éléments du plan Identification des mécanismes de coordination et de communication transfrontalières (le cas échéant)
	Politiques, stratégies, directives, normes, procédures opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> Identification des politiques et des stratégies nationales auxquelles il convient d'intégrer le choléra Identification du processus de révision, d'élaboration ou de mise à jour des directives nationales relatives à la lutte contre le choléra Élaboration de procédures opérationnelles pour certaines stratégies et actions






Section	Sous-sections	
<i>Plan de préparation et de riposte au choléra</i>	Élaboration d'un plan intégré et intersectoriel de préparation et de riposte au choléra (dont calendrier, budget et responsabilités)	
<i>Stratégie et plan de communication</i>	<p>À noter qu'il s'agit d'une composante du plan global de préparation et de riposte au choléra qui est présentée séparément dans ce tableau afin d'en souligner l'importance cruciale pour l'efficacité de la riposte.</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaboration de stratégies et d'un plan de communication Définition de stratégies de promotion relatives à la lutte contre le choléra aux niveaux politique, gouvernemental, communautaire et de la société civile Préparation des informations destinées aux parties prenantes clés (agents de santé, responsables communautaires, corps enseignant, vendeurs de denrées alimentaires, vendeurs d'eau, etc.) et élaboration de supports visuels ou d'outils 	
<i>Préparation des communautés</i>	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des communautés et élaboration de plans d'action communautaires Surveillance de la qualité de l'eau Sensibilisation participative à la santé et à l'hygiène Surveillance communautaire Formation des responsables communautaires, des fournisseurs de denrées alimentaires et des fournisseurs d'eau 	
<i>Surveillance et alerte rapide</i>	<ul style="list-style-type: none"> Création de systèmes de surveillance et d'alerte rapide spécifiques au choléra Renforcement des capacités des laboratoires (équipement, consommables, formation) 	
<i>Ressources humaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> Recensement des capacités Évaluation des besoins en capacités Plan de renforcement des capacités Formation des agents de santé, des professionnels de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ainsi que des dirigeants des autorités locales Mise en place d'équipes de riposte rapide (le cas échéant) et définition des conditions de la riposte Élaboration d'accords prévisionnels Simulations de situations d'urgence Listes de personnes à contacter 	
<i>Fournitures/stocks</i>	<ul style="list-style-type: none"> Stocks d'urgence de médicaments, de fournitures médicales et de fournitures relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène Identification des procédures d'approvisionnement en fournitures supplémentaires au début de la situation d'urgence Identification des responsabilités logistiques en matière d'approvisionnement, de distribution et d'entreposage Responsabilité, plannings de réassort 	
<i>Allocation des ressources</i>	Identification des sources de financement et des filières de collecte de fonds	
<i>Gestion des informations</i>	Identification des informations requises, du responsable de leur gestion ainsi que des modalités et des bénéficiaires de leur partage	
VI	<i>Stratégies et actions de riposte</i>	<p><i>Définition des stratégies et des actions de riposte relatives aux domaines ci-dessous</i></p> <p><i>Veiller à prendre en compte des considérations transversales telles que la protection, le genre, la vulnérabilité et l'environnement et à y répondre</i></p>
	<i>Compréhension de la situation</i>	<ul style="list-style-type: none"> Procédures de détection des épidémies, surveillance épidémiologique et enquêtes Renforcement des capacités des laboratoires (à différents niveaux) Évaluation des besoins et des risques
	<i>Prestation des services : prise en charge des patients et lutte contre l'infection dans les établissements de santé et sur les sites de traitement</i>	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation clinique et prise en charge des patients (réhydratation, maintien de l'hydratation, antibiotiques, antibiothérapie prophylactique, sels de réhydratation orale et zinc) Création d'établissements et de sites de santé (emplacement, lutte contre l'infection/Eau, assainissement et hygiène, recrutement, formation) Information des patients et de leurs aidants ainsi que dialogue avec eux (ciblé sur la responsabilité)

Section		Sous-sections
	Prestation des services : <i>interventions axées sur les communautés</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation en vue d'actions communautaires – Ménages, communautés et institutions (écoles, institutions religieuses, prisons, lieux de travail, etc.) • Utilisation de sels de réhydratation orale, allaitement et incitation à consulter des professionnels de santé • Amélioration de l'accès à une quantité et une qualité d'eau potable adéquates • Amélioration de la sécurité alimentaire et de l'hygiène • Amélioration de l'accès à des dispositifs sûrs d'évacuation des excréments et de leur utilisation • Amélioration des pratiques de lavage des mains • Désinfection des vomissures et des selles à domicile • Sensibilisation à des pratiques sûres de prise en charge des personnes décédées • Approvisionnement en fournitures/produits non alimentaires • Hygiène environnementale satisfaisante sur les marchés et dans les autres lieux publics
	<i>En l'absence de plan de préparation antérieur, ajouter ce qui suit au plan de riposte</i> <i>(utiliser les grandes lignes du plan de préparation ci-dessus pour obtenir des détails complémentaires et des liens)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordination et responsabilités institutionnelles</i> • <i>Élaboration de directives, de normes et de procédures opérationnelles</i> • <i>Actions de préparation des communautés</i> • <i>Procédures de surveillance et d'alerte rapide</i> • <i>Ressources humaines – Besoins en personnel, formation</i> • <i>Fournitures/stocks requis</i> • <i>Recensement des ressources</i> • <i>Gestion des informations</i>
VII	<i>Suivi et rapports</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ce qu'il faut suivre • Définition des indicateurs • Responsable(s) du suivi • Responsable(s) et destinataire(s) des rapports • Élaboration du calendrier envisagé pour le suivi et l'évaluation
VIII	Procédures d'opérationnalisation, de suivi et de révision du plan	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure d'approbation et d'activation du plan • Résumé (par institutions ou organisations) des responsabilités en matière de mise en œuvre des éléments du plan de préparation et de riposte au choléra • Définition du calendrier de suivi et d'évaluation du plan et des responsabilités • Procédures de communication relatives à la diffusion formelle du plan par l'intermédiaire des structures gouvernementales et modalités de mise en œuvre des directives
XIV	Résumé des estimations du coût de mise en œuvre de chaque élément du plan	Ce document doit comprendre les coûts des matériels, de l'équipement, de la logistique, des ressources humaines (indemnités de mission, etc.)

ⁱ Les grandes lignes de ce plan reposent sur la structure du Guide pratique de lutte contre le choléra de l'UNICEF et ont utilisé des éléments provenant du Zimbabwe (ministère de la Santé et de la protection de l'enfance et Organisation mondiale de la Santé (2009), *Zimbabwe cholera control guidelines*, 3^e édition) ; des recommandations conjointes de l'OMS et de l'UNICEF relatives à la préparation aux épidémies de choléra (non datées) (en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale) ; et du plan multisectoriel 2011-2012 de prévention et de lutte contre le choléra du ministère de la Santé publique et de l'assainissement de la République du Kenya (2011, PROJET) ainsi que de son tableau des domaines thématiques.

B. Exemples de plans de préparation et de riposte








Le Guide propose divers exemples de plans de préparation, d'urgence et de riposte nationaux ou régionaux. Les plans mentionnés présentent des points forts et des points faibles différents mais sont inclus à titre de référence et pour stimuler de nouvelles idées.

Plans de préparation et de riposte et orientations associées	Remarques relatives aux éléments considérés comme de bonnes pratiques
Ministère de la Santé publique et de l'assainissement, gouvernement de la République du Kenya (2011, PROJET), plan intersectoriel de prévention et de lutte contre le choléra 2011-2012  ainsi que tableau des domaines thématiques associés 	Le plan de préparation a donné lieu à la création de groupes thématiques chargés de mener les efforts de préparation ainsi qu'à la production d'un tableau des domaines thématiques assortis d'un but, d'objectifs, d'activités, d'indicateurs, des parties prenantes impliquées et d'un budget annuel. L'élaboration du plan a fait intervenir des parties prenantes de nombreux horizons et a reconnu leur contribution potentielle aux activités de préparation et de riposte.
Orientations de l'OMS/UNICEF en matière de préparation aux épidémies de choléra à l'intention de la préparation interorganisation en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale 	Orientations conjointes de l'OMS et de l'UNICEF relatives à la préparation au niveau régional dans le but d'appuyer les équipes de pays. Va dans le sens de la cohérence. Formule clairement des actions pratiques pour plusieurs sous-sections.
Gouvernement du Zimbabwe et OCHA (2009), plan d'urgence interorganisations, Zimbabwe, juin 2009-10 	Exemple de plan d'urgence basé sur différents scénarios. Aborde divers risques (crues, sécheresse, choléra, grippe A H1N1, troubles civils). Comprend des plans de riposte sectoriels/par groupes de responsabilité sectorielle : Eau, assainissement et hygiène, Éducation, Nutrition, Santé, Protection et Aide alimentaire. Identifie des mécanismes de coordination et fournit les coordonnées de personnes à contacter.
Groupes de responsabilité sectorielle Santé et WASH du Zimbabwe (2008), Flambées cholériques au Zimbabwe, coordination de la préparation et de la riposte relatives à la santé, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, plan opérationnel 	Comprend des normes et des protocoles opérationnels (par exemple, concernant les CTC). Fournit un tableau des responsabilités et des obligations de reddition de comptes avec identification des domaines de chevauchement potentiel. Inclut un tableau relatif au carburant et aux fournitures, une estimation de coût et une liste de personnes à contacter.
Plan d'action en matière de sensibilisation à l'hygiène du groupe inter groupes de responsabilité sectorielle, version 20, décembre 2012 avec notes d'informations simples	Cadre simple de priorisation des activités de communication relatives à l'hygiène à l'intention des programmes de traitement destinés aux patients non hospitalisés/centres nutritionnels, des écoles/lieux accueillant des enfants, des femmes, des hommes, des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées. Rédigé dans un style simple, il comporte des messages et des actions clés, ainsi que des informations sur les normes à respecter et les coûts. Il s'accompagne d'une série de notes d'information simples sur les mesures à prendre dans chaque contexte. Très pratique, il augmente les chances de succès des actions entreprises. Particulièrement bien adapté au contexte de la Somalie où des ONG locales mettront la plupart des actions en œuvre à distance, dans un environnement complexe.

C. Exemples de plans de communication

Les plans de communication font partie des plans de préparation et de riposte. Ils sont présentés ici à part en raison de leur importance cruciale pour l'efficacité globale de la riposte.

Les plans suivants figurent dans le Guide.

Plans de communication nationaux	Remarques relatives aux éléments considérés comme de bonnes pratiques
Note d'information sur la communication en rapport avec la mobilisation sociale et plan de travail sur la communication du Zimbabwe 	En anglais : description simple des principaux objectifs, activités, publics cibles et stratégie de diffusion ainsi que des matériels existants et planifiés.
Stratégie de communication relative à la préparation de la Sierra Leone 	En anglais : vue d'ensemble du plan et tableau détaillant les risques de choléra, les groupes vulnérables, les réseaux sociaux et les filières de communication ainsi que plan de travail.
Plan de communication relatif au choléra de la Tanzanie 	En anglais : plan de communication en quatre étapes comme dans le modèle et l'exemple fournis dans les présentes recommandations. Mentionne différents groupes cibles, messages et filières d'information.
Campagne d'information et de sensibilisation, Haïti 	En français : plan de communication fournissant un tableau des activités et un plan de travail combiné.
Stratégie relative aux communautés, Haïti 	En français : il s'agit d'un plan de création d'un système de proximité au sein des communautés (brigades communautaires), mais pas d'une stratégie complète.
Plan de communication de la RDC 	En français : recourt à trois stratégies principales : promotion, mobilisation sociale et communication incitative aux changements de comportement. Présente en détail les comportements attendus, les indicateurs généraux, le budget et les filières de communication.
Plan de communication du Bénin 	En français : décrit les principaux problèmes à traiter, les comportements attendus, le public cible et les filières de communication. S'intéresse également aux ressources requises.

But: limiter la propagation du choléra et la mortalité grâce à une approche intégrée

Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici



COORDINATION, CADRE INSTITUTIONNEL, GESTION DES INFORMATIONS

Objectif : améliorer le leadership et la coordination de la préparation et de la riposte au choléra en concentrant les énergies sur la réduction du risque de choléra et en faisant intervenir l'ensemble des secteurs, des niveaux et des parties prenantes/partenaires concernés.

Résultat attendu : mise en place de mécanismes de coordination efficaces qui aident l'ensemble des secteurs et des parties prenantes/partenaires à adopter des approches et des normes communes en matière de préparation et de riposte au choléra et qui permettent de remédier à toutes les insuffisances et à toutes les vulnérabilités sans duplication des efforts.

Résultat	Indicateurs suggérés	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Un cadre fonctionnel de coordination multisectorielle pour la préparation et la riposte au choléra (notamment équipe spéciale et groupes de travail techniques, structures de coordination sous-nationales) est créé	<ul style="list-style-type: none"> Termes de référence à l'intention de l'équipe spéciale de lutte contre le choléra avec accords et structures de coordination définis dont (sous-) groupes de travail techniques et plateformes de coordination sous-nationales dotées de fonctions, de rôles et de responsabilités clairs Nombre et pourcentage de réunion¹ organisées par l'équipe spéciale multisectorielle nationale par période identifiée (quotidiennes ou hebdomadaires pendant une épidémie, trimestrielles entre deux épidémies) Nombre et pourcentage de réunions organisées par les équipes spéciales sous-nationales (quotidiennes ou hebdomadaires pendant une épidémie, trimestrielles entre deux épidémies) Nombre et pourcentage des réunions de coordination transfrontalières (quotidiennes ou hebdomadaires pendant une épidémie, trimestrielles entre deux épidémies) Tableau « qui fait quoi où » 	<ul style="list-style-type: none"> Créer une équipe spéciale de lutte contre le choléra (ou un mécanisme de coordination global similaire) au niveau national intégrant l'ensemble des secteurs et des parties prenantes concernés Appuyer les fonctions de coordination et les réunions ordinaires (consacrées à l'analyse des données épidémiologiques, l'évaluation des risques, l'élaboration du plan de préparation et de riposte, la publication des bulletins, la gestion des informations, la définition des normes techniques, l'analyse des ressources manquantes, la mobilisation, etc.) Identifier et définir les (sous-)groupes de travail techniques (surveillance, prise en charge des patients, eau, assainissement et hygiène, mobilisation des communautés) éventuellement nécessaires pour coordonner les activités de préparation et de riposte au choléra Identifier et définir des structures de coordination et des chefs de file au niveau sous-national ainsi que les inciter à participer aux activités nationales Créer des mécanismes de coordination transfrontaliers entre les ministères de la Santé et/ou les autorités responsables/parties prenantes locales Élaborer un document « qui fait quoi où, et quand » et le tenir périodiquement à jour 	<p>Chapitre 5 Annexe 5A</p>
L'ensemble des secteurs et des parties prenantes clés a participé à l'élaboration de plans de préparation et de riposte	<ul style="list-style-type: none"> Plan de préparation Plan de riposte Liste de contrôle relative à la préparation et à la riposte remplie par le principal responsable Nombre et pourcentage de districts/provinces à risque dotés d'un plan de préparation et de riposte au choléra Nombre d'exercices de simulation effectués à partir des plans de préparation et de riposte 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser un atelier national regroupant l'ensemble des secteurs et des parties prenantes clés afin d'examiner la situation épidémiologique et l'évaluation des risques et afin de produire un plan de préparation et de riposte alimenté par tous ces acteurs Avec l'ensemble des secteurs clés, produire un plan de préparation doté de niveaux de prestation de services Avec l'ensemble des secteurs clés, produire un plan de riposte doté de niveaux de prestation de services Effectuer un exercice de simulation national et sous-national afin de tester les plans 	<p>Chapitre 6 Annexes 6A et 6D</p>

Résultat	Indicateurs suggérés	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Les secteurs et les acteurs concernés par le choléra bénéficient de l'assistance technique et des orientations de l'équipe spéciale de lutte contre le choléra/des (sous-) groupes de travail techniques.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et pourcentage d'établissements de santé ou d'agents de proximité dotés de normes et d'orientations techniques • Nombre et pourcentage de partenaires participant à la lutte contre le choléra dotés de normes et d'orientations techniques qui les utilisent pour élaborer leurs mesures de lutte contre la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir et convenir de normes techniques, de procédures opérationnelles et d'autres orientations techniques dans tous les secteurs et à tous les niveaux concernés • Diffuser à tous les partenaires et aux prestataires de services directs, dont les agents de santé communautaires, des orientations techniques, des normes et des outils clés 	Chapitre 6 Annexe 6B
L'évaluation des risques et des capacités en matière de choléra identifie les zones et les communautés à risque ainsi que les capacités requises pour la prévention, la préparation et la riposte à une épidémie.	<ul style="list-style-type: none"> • Document d'évaluation des risques et des capacités dans le cadre de la préparation • Évaluation des risques et des capacités pendant la riposte 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une évaluation multisectorielle des risques et des capacités (préparation et riposte) • Identifier les domaines d'intervention en matière de prise en charge des patients, d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de surveillance et d'alerte rapide renforcées ainsi que de communication (préparation et riposte) • Identifier les capacités manquantes et celles à renforcer dans le cadre de la préparation et de la riposte au choléra 	Chapitre 6 Annexe 6C
Les besoins en matière de lutte contre le choléra sont identifiés sur la base d'une analyse des manques et des actions sont définies pour y remédier.	<ul style="list-style-type: none"> • Document d'évaluation des besoins et des manques (préparation et riposte) • Document recensant les capacités et les ressources avec actions visant à remédier aux manques 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les besoins et les manques avec l'ensemble des parties prenantes clés afin de repérer les ressources insuffisantes telles que fournitures, ressources humaines, formation et financement (préparation et riposte) • Sur la base de l'évaluation des besoins et des manques, élaborer un plan et désigner les personnes chargées de remédier aux manques (préparation et riposte) 	Chapitre 6 Annexes 6B et 6G
Des informations sur les activités de préparation et de riposte au choléra sont recueillies et analysées en temps voulu. Elles sont transmises aux secteurs et aux partenaires afin de guider leurs activités de mise en œuvre.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de communication décrivant le système de communication et les outils de gestion des informations de la riposte opérationnelle (tous secteurs confondus) dans le cadre de la préparation et de la riposte • Nombre de systèmes de communication transfrontaliers mis en place (le cas échéant) • Nombre et pourcentage de partenaires placés sous l'autorité de l'équipe spéciale de lutte contre le choléra utilisant pendant la riposte des outils de gestion des informations prédéfinis • Nombre et pourcentage de bulletins d'information publiés à l'intention des partenaires et des parties prenantes clés concernant les activités en rapport avec le choléra (varient selon qu'il s'agit de la préparation ou de la riposte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir et mettre en œuvre des outils/ systèmes de gestion des informations aux fins de prévention et de riposte au choléra (dont données épidémiologiques, informations sur les cas signalés, informations sur les CTC/STC, informations sur les interventions axées sur les communautés) • Mettre en place des filières de communication transfrontalières, le cas échéant • Former le personnel pertinent à la communication et à la gestion des informations • Analyser les informations émanant des partenaires afin d'identifier les besoins et les insuffisances de la riposte au choléra • Produire des bulletins d'information périodiques décrivant les activités de préparation et de réponse au choléra 	Chapitre 6

SURVEILLANCE ET ALERTE RAPIDE ET SUIVI DES TENDANCES**Objectif** : améliorer la détection rapide et suivre les tendances de manière cohérente**Résultat attendu** : le choléra est détecté rapidement et suivi de manière systématique afin de guider l'action et d'ajuster les programmes

Résultat	Indicateurs suggérés	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Un réseau d'alerte et d'intervention rapide (EWARN) est créé dans les zones touchées et celles à haut risque, y compris au-delà des frontières	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et pourcentage d'alertes vérifiées dans les premières 24 heures • Nombre et pourcentage d'alertes vérifiées auxquelles les partenaires ont réagi sous 48 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un système d'alerte et d'intervention rapide (EWARN) appuyé sur une définition standard du cas, en liaison directe (quotidienne ou hebdomadaire) avec la riposte menée par les groupes de responsabilité sectorielle Santé et WASH, également chargé de vérifier les rumeurs • Former au réseau EWARN le personnel de santé et les équipes d'intervention rapide à tous les niveaux, y compris communautaire • Procurer des fournitures et des ressources pour gérer le réseau EWARN • Mener une enquête rapide sur le terrain et réagir rapidement aux cas signalés ou aux alertes 	Chapitre 3 Annexes 3A, 3D, 3E
Une surveillance des cas de choléra est en place et fonctionnelle dans les zones touchées et celles à haut risque	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et pourcentage d'établissements de santé respectant les délais de publication de bulletins (objectif : 85 %) • Nombre et pourcentage de laboratoires sans ruptures de stock de réactifs • Nombre et pourcentage d'analyses épidémiologiques hebdomadaires (quotidiennes) effectuées • Nombre et pourcentage de rapports de synthèse mensuels 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer ou renforcer un système de surveillance des cas dans tous les établissements de santé, les CTC/STC et les communautés des zones touchées ou à risque et fournir une définition standard du cas • Former le personnel de santé à utiliser la même définition du cas pour signaler l'ensemble des cas présumés et à les enregistrer dans une liste descriptive conforme à la définition du cas • Prélever des échantillons des selles sur 10 à 20 patients cholériques présumés aux fins de confirmation par le laboratoire au début de l'épidémie, périodiquement pendant son déroulement et pour en déterminer la fin • Si nécessaire, améliorer les capacités des laboratoires grâce à la formation, à l'approvisionnement en fournitures spécifiques et à des contrôles qualité périodiques • Recenser l'ensemble des cas afin de faire apparaître les zones de prolifération et afin de mieux cibler celles devant bénéficier d'activités de lutte contre le choléra • Analyse et publication des données de surveillance hebdomadaires (quotidiennes) • Analyse et publication de rapports de synthèse mensuels • Analyser les données pour repérer et comprendre les voies de transmission et les tendances épidémiologiques 	Chapitre 3 Annexes 3C, 3F, 3G, 3H et 3I

RÉDUIRE/JUGULER LA TRANSMISSION/PROPAGATION DU CHOLÉRA**Objectif** : prévenir et contrôler la transmission du choléra au sein des populations touchées et à risque**Résultat attendu** : la transmission du choléra est éliminée/jugulée

Résultat	Indicateurs suggérés ²	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Les populations ont accès à de l'eau potable et s'en servent pour tous les usages, mais en particulier pour boire et cuisiner	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de personnes ayant accès à de l'eau potable (extraite de sources chlorées/soumise à des méthodes de traitement de l'eau domestique) qu'elles utilisent pour boire ou qui est réservée à d'autres usages • Pourcentage d'échantillons d'eau contenant plus de 0,5 mg/l de chlore résiduel libre • Pourcentage de personnes traitant à domicile l'eau destinée à la boisson et obtenant un taux de chlore résiduel libre de 0,2 mg/l • Pourcentage de personnes reconnaissant/indiquant traiter l'eau domestique et recourir à des pratiques de stockage, obtenu lors de réunions de groupe/entretiens individuels et par l'observation. 	<ul style="list-style-type: none"> • [Surtout dans les zones à haut risque et quand la source d'eau est contaminée] Réparer/améliorer les points d'eau et procéder à une chloration choc/d'urgence avant de les remettre en service • Chlorer les seaux aux points d'eau centralisés (forages, puits, pompes manuelles) • [Dans les zones sans systèmes d'approvisionnement en eau] Recourir à l'approvisionnement par camions, au traitement et à la distribution centralisés, etc., pour fournir de l'eau potable. Former les vendeurs d'eau à la production et à la manipulation sûres de l'eau et, dans certains contextes, au traitement de l'eau au point d'utilisation/dans les foyers ainsi que [le cas échéant] fournir les ressources requises pour appliquer ces pratiques • Distribuer des produits de traitement de l'eau domestique (dont des récipients, si nécessaire) • Surveiller la qualité de l'eau aux points de distribution et dans les foyers. Mener des actions de suivi si des problèmes sont signalés 	Chapitre 9
Les ménages, les communautés, les institutions et les points de vente alimentaires pratiquent une hygiène alimentaire sûre et respectent les normes nationales en matière de sécurité des aliments (quand elles existent)	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'inspections menées dans des institutions/points de vente rapportant des conditions d'hygiène satisfaisantes • Pourcentage de personnes reconnaissant/indiquant, lors de réunions de groupe/entretiens individuels, appliquer des pratiques d'hygiène alimentaires sûres 	<ul style="list-style-type: none"> • Former les fournisseurs de denrées alimentaires à la santé environnementale et à la sécurité alimentaire • Communiquer et mobiliser les communautés afin de les sensibiliser aux pratiques de sécurité alimentaire domestique • Inspecter régulièrement les institutions et les points de vente alimentaires afin d'assurer le suivi 	Chapitre 9
Les bébés consomment des aliments liquides et solides sans risque	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois exclusivement allaités • Pourcentage de mères utilisant de l'eau potable pour confectionner les aliments solides qu'elles donnent à leurs bébés 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des messages d'éducation pour la santé et l'hygiène dans toutes les interventions au niveau communautaire et au niveau des installations sur la manière d'assurer une nourriture sans risque pour les nourrissons et les jeunes enfants 	Chapitre 7

Résultat	Indicateurs suggérés ²	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Le risque de transmission du choléra par les excréments (selles et vomissures) a diminué parce qu'ils sont convenablement évacués	<ul style="list-style-type: none"> • [Pendant la phase de développement/prévention] Pourcentage de communautés indiquant qu'elles pratiquent librement la défécation en plein air • Pourcentage de personnes utilisant des installations d'assainissement adaptées pour évacuer les excréments (dont les selles des enfants et des bébés) • Pourcentage de personnes reconnaissant/indiquant, lors des réunions de groupe/entretiens individuels, qu'elles désinfectent les objets contaminés par les selles/vomissures 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des activités de communication et de mobilisation des communautés axées sur le changement des comportements/normes sociales afin de mettre un terme à la défécation en plein air • [S'il existe des installations au sein de la communauté] soutenir leur fonctionnement, leur entretien et l'évacuation finale des excréments • [Si les options sont limitées et que la pratique existe déjà], sensibiliser à l'utilisation de « toilettes volantes » comme mesure temporaire et prêter une attention particulière à l'efficacité de la collecte ainsi qu'à la sécurité du transport et de l'évacuation • Communiquer/former aux procédures adéquates de désinfection des espaces et des matériaux souillés par les selles et les vomissures • Distribuer du désinfectant (et parfois des outils de désinfection) dans les communautés. • La désinfection par pulvérisation des espaces et des objets domestiques n'est pas toujours conseillée en raison de la consommation élevée de ressources/temps qu'elle requiert, de l'absence de preuve de son efficacité et du risque de renforcement de la stigmatisation des patients cholériques et de leurs familles 	Chapitres 7 et 9
Les personnes se lavent les mains au savon et à l'eau (ou à la cendre) aux moments critiques	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de personnes se lavant les mains au savon (ou à la cendre) aux moments critiques³. • Pourcentage de ménages disposant de savon (ou de cendre) réservé au lavage des mains • Pourcentage d'installations sanitaires publiques équipées de points de lavage des mains dotés de savon (ou de cendre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des activités de communication et de mobilisation des communautés afin de les sensibiliser au lavage des mains au savon ou à la cendre [lors des épidémies de choléra, le sable n'est pas conseillé parce qu'il risque d'être contaminé] • Mettre à disposition et entretenir des points de lavage des mains (en veillant à ce qu'ils soient toujours pourvus de savon) en complément des installations d'assainissement communes/publiques (sur les marchés, dans les écoles et les autres institutions) ainsi qu'à proximité des zones de préparation, de service et de consommation de nourriture • Mettre du savon dans les kits de produits non alimentaires distribués aux foyers [cette activité cible les groupes vulnérables tels que les familles des patients cholériques au niveau des CTC] 	Chapitre 7
L'hygiène environnementale est respectée sur les marchés et dans les autres lieux publics	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sites d'évacuation des déchets solides communaux/publics créés et utilisés • Les risques sanitaires liés aux déchets solides sont maîtrisés, notamment si ces déchets ont été contaminés par des selles humaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les activités relatives à la gestion, la collecte et l'évacuation des déchets solides, en particulier sur les marchés et dans les autres lieux publics • Mettre en place un système de gestion et d'évacuation des déchets solides mettant l'accent sur la gestion et l'évacuation des selles dans des sacs en plastique (toilettes volantes) collectés dans le cadre du système normal • Mener des activités de communication et de mobilisation des communautés pour sensibiliser à l'évacuation et à la gestion adéquates des déchets solides au niveau communautaire 	Chapitres 7 et 9

Résultat	Indicateurs suggérés ²	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Des précautions permettant de prévenir la transmission du choléra sont prises lors des grands rassemblements, notamment les funérailles, et de la manipulation des dépouilles	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de rassemblements⁴ où des pratiques sûres en matière d'alimentation et d'hygiène personnelle sont promues et facilitées. 	<ul style="list-style-type: none"> Former les chefs religieux, les responsables communautaires et les agents de santé communautaires aux méthodes assurant la sécurité des personnes lors des rassemblements (sécurité alimentaire et pratiques d'hygiène personnelle avec accent sur la manipulation sans risque des dépouilles) Fournir des informations et des moyens concernant le traitement de l'eau potable, les points de lavage des mains, la manipulation/désinfection des dépouilles ; favoriser leur usage Mener des activités de communication et de mobilisation des communautés afin de les sensibiliser à l'adoption de mesures d'hygiène adaptées lors des rassemblements [Surtout concernant les funérailles] Identifier les pratiques à risque de transmission du choléra lors des rassemblements et des autres événements sociaux et adapter en conséquence les activités de communication/mobilisation des communautés 	Chapitre 9
[Surtout dans les zones à haut risque] Les personnes connaissent le risque de choléra (et ses voies de transmission) et savent le prévenir	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de personnes capables de reconnaître les voies de transmission du choléra et citant des mesures aptes à le prévenir, obtenu lors de réunions de groupe/entretiens individuels et par l'observation Nombre d'agents de mobilisation communautaires formés par millier de personnes touchées 	<ul style="list-style-type: none"> Repérer les comportements individuels et collectifs en rapport avec le choléra [à la fois ceux susceptibles d'augmenter le risque de transmission et de constituer un facteur de protection] et élaborer en conséquence des matériels d'information, d'éducation et de communication (sur papier, audiovisuels, etc.) Former les agents de mobilisation communautaires aux techniques de communication et à l'utilisation des matériels d'information, d'éducation et de communication. La formation doit fournir des informations sur l'identification des cas et l'aiguillage des patients. Diffuser des messages relatifs à la prévention et à la riposte au choléra par l'intermédiaire de diverses filières de communication (médias de masse, communication interpersonnelle, écoles, etc.) <i>[Chaque filière de communication et chaque type de message présentent des avantages et des inconvénients. Il convient de combiner ceux qui sont complémentaires.]</i> <i>[Remarque : il faut lier cette activité à tous les autres types d'actions de formation/communication/mobilisation des communautés indiqués ci-dessus et l'intégrer à la même stratégie de communication.]</i> 	Chapitres 7 et 9
Des mesures de lutte contre l'infection adéquates mettent fin à la transmission du choléra à partir des CTC/STC et d'autres centres de traitement de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de CTC/STC/centres de santé dotés de systèmes et de pratiques d'isolement adaptés Pourcentage de CTC/STC/centres de santé approvisionnés en eau potable Pourcentage de CTC/STC/centres de santé utilisant des installations d'assainissement adaptées, y compris pour l'évacuation des eaux usées et la mise au rebut des déchets médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> Former le personnel de santé à des pratiques d'hygiène sûres ainsi qu'à la manipulation des patients cholériques, des excréments (selles et vomissures), des objets contaminés et des déchets médicaux Fournir des moyens pour isoler les pièces accueillant les patients cholériques/salles de traitement au sein des établissements de santé Assurer un approvisionnement en eau adapté avec notamment un suivi régulier de la qualité de l'eau Équiper les installations de lavage des mains d'eau désinfectée et de savon et les rendre accessibles au personnel de santé, aux aidants et aux patients Fournir et entretenir des installations d'assainissement adaptées et s'assurer qu'elles sont faciles d'accès et propres Évacuer convenablement les selles/excréments et les eaux usées dans le cadre de l'entretien des installations d'assainissement (déplacement des latrines et évacuation des boues, traitement des eaux usées sur place, etc.) 	Chapitre 8

RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DU CHOLÉRA**Objectif** : réduire la morbidité et la mortalité du choléra**Résultat attendu** : détection rapide et prise en charge adaptée des patients cholériques afin de maintenir le taux de létalité en dessous de 1 %

Résultat	Indicateurs suggérés ⁵	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Un réseau de Centres de traitement du choléra préparés comprenant des points de réhydratation orale a été mis en place	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de CTC/STC et de points de réhydratation orale par nombre d'habitants selon les normes nationales • Recensement des établissements de santé que leurs normes permettent de transformer en centre de traitement • Document décrivant les besoins en ressources des installations de traitement, dont les constituants d'un stock de fournitures • Liste des fournitures à stocker en entrepôt 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et recenser les établissements de santé et les partenaires capables de gérer des centres de traitement du choléra • Créer des normes pour la création des CTC/STC et des points de réhydratation orale • Identifier et former les partenaires aux procédures de création de centres de traitement et de suivi de la qualité • Identifier les besoins en ressources des établissements, notamment en matière de personnel formé, de fournitures, de matériels de collecte des données, de supervision et de financement • Stock de fournitures et de matériels relatifs à la santé, l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la communication à utiliser dans les zones à haut risque • Création d'une base de données regroupant toutes les formations en rapport avec le choléra effectuées par les formés et les formateurs • Mise en place d'un dispositif d'aiguillage 	Chapitre 8 et annexes 8A
Les enfants et les adultes atteints de DAA/ choléra sont pris en charge efficacement dans des centres de traitement dispensant des services de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et pourcentage du personnel de santé formé aux protocoles de prise en charge des patients • Nombre et pourcentage d'installations de traitement disposant de directives thérapeutiques standard • Pourcentage de non-rupture des stocks de fournitures telles que sels de réhydratation orale, zinc, fluides de perfusion, antibiotiques (en fonction du niveau de soin), dans les CTC ou d'autres sites de traitement • Nombre et pourcentage de sites de traitement ayant suivi la qualité de leurs services au cours du mois écoulé (à l'aide du formulaire d'évaluation des CTC/STC) • Taux de létalité de chaque centre de traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et former/remettre à niveau le personnel de santé, dont les agents de santé communautaires, à la détection rapide/recherche active de cas, à la prise en charge des patients, à la lutte contre l'infection (voir la section ci-dessus) dans les établissements ainsi qu'à la gestion et à la production de rapports • Distribuer des directives thérapeutiques standard au personnel de santé à tous les échelons • Procurer régulièrement des fournitures relatives à la santé, l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la communication • Superviser le personnel de santé assurant normalement les soins • Suivre la qualité des centres de traitement à intervalle régulier • Intégrer la prise en charge du choléra à la formation standard relative à la diarrhée, dont la PCIME et la PCIME-C 	Chapitre 8

Résultat	Indicateurs suggérés ⁵	Activités suggérées	Renvoi au Guide
Les cas survenant dans les communautés sont détectés rapidement. La prise en charge et l'aiguillage sont correctement menés	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de patients se présentant à l'établissement de santé dans les 24 h suivant l'apparition des symptômes Nombre et pourcentage d'agents de santé communautaires formés Nombre d'agents de santé communautaires formés/500 habitants Pourcentage de ruptures de stock pour les fournitures dont ont besoin les agents de santé communautaires Pourcentage d'aidants reconnaissant/indiquant, lors de réunions de groupe ou d'entretiens individuels, pourquoi et comment ils obtiennent/ utilisent des sels de réhydratation orale, l'allaitement, une bonne alimentation et l'accès à des professionnels de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et former des agents de santé communautaires à la détection, la surveillance communautaire, la prise en charge des patients, la sensibilisation à l'hygiène et à la santé et à la communication des informations Diffuser des recommandations et des normes aux agents de santé communautaires Remettre aux agents de santé communautaires des sels de réhydratation orale, du zinc, des pastilles de chloration et des supports d'information, d'éducation et de communication Créer un point de réhydratation orale dans la communauté et mettre en place la chaîne logistique associée Surtout dans les zones à haut risque, distribuer des sels de réhydratation orale aux ménages et expliquer comment s'en procurer au niveau de la communauté Identifier les fluides de réhydratation convenables pouvant être fabriqués à domicile et définir, avec les autorités de santé responsables, les conditions d'approbation de leur utilisation Mener des activités de communication et de mobilisation des communautés autour de la détection rapide de la déshydratation, de la réhydratation à domicile (avec des sels de réhydratation orale ou un autre fluide de réhydratation approuvé par le gouvernement⁶) et de la consultation rapide de professionnels de santé⁷. Créer des systèmes d'aiguillage des patients et former/informer les agents de santé communautaires sur l'emplacement des centres de traitement du choléra. 	Chapitre 9
La population à risque est vaccinée contre le choléra	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de la population cible ayant reçu 2 doses d'un vaccin anticholérique oral (VAO) 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les risques pour connaître les zones et les populations que la campagne de vaccination doit cibler Élaborer avec toutes les parties prenantes une stratégie d'administration de VAO aux populations cibles Se procurer des VAO auprès de la Division des approvisionnements de l'UNICEF Mener une campagne de communication sur les VAO avec d'autres messages clés portant, par exemple, sur la santé, l'hygiène et l'assainissement Mettre au point et mener une campagne de vaccination Évaluer et documenter les résultats de la campagne, notamment sa couverture, son acceptation et son impact 	Chapitre 4 Annexe 4A

1 Le dénominateur dépendra de la fréquence (hebdomadaire, quotidienne ou x nombre de fois sur x nombre de mois).

2 Le tableau suggère des indicateurs de suivi de la réalisation des résultats indiqués. La liste des activités doit être la plus exhaustive possible et le choix des activités doit dépendre du contexte où elles sont menées.

3 Moments critiques : avant de manipuler les aliments, de préparer les repas, de manger ou de nourrir une autre personne ; après avoir déféqué, lavé les enfants ou pris soin d'une personne atteinte de choléra ; après avoir touché la dépouille de la personne décédée lors de ses funérailles.

4 Les mariages, les fêtes, les funérailles, les réunions religieuses/sportives/politiques et toute autre occasion sociale susceptible de donner lieu à la vente/distribution de nourriture et à d'autres pratiques « douteuses » sur le plan de l'hygiène (surtout les enterrements), peuvent présenter un risque spécifique de transmission du choléra

5 Le tableau suggère des indicateurs de suivi de la réalisation des résultats indiqués. La liste des activités doit être la plus exhaustive possible et le choix des activités doit dépendre du contexte où elles sont menées.

6 Il pourra s'agir d'une solution de sucre et de sel ou de sels de réhydratation orale à base de riz, entre autre. Leur usage doit être approuvé et validé par les autorités de santé.

7 Les messages principaux doivent indiquer que le traitement à domicile ne constitue qu'une mesure immédiate et qu'il doit être suivi par la consultation de professionnels de santé qualifiés.

Le tableau ci-dessous fournit une vue d'ensemble des principales compétences et de la formation requises du personnel participant à la prévention, la préparation et la riposte au choléra.

Principales compétences et formation requises du personnel participant à la lutte contre le choléra

Personnel	Principales compétences	Principaux thèmes à traiter dans la formation	Ressources à disposition
Personnel de santé			
Médecins	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience clinique • Prise en charge des patients, notamment monitoring des perfusions et administration de sels de réhydratation orale • Coordination et leadership • Développement de l'esprit d'équipe • Compétences en communication 	Connaissance approfondie du choléra, notamment de la prise en charge des patients	Diverses recommandations de l'OMS, du CDC, de l'ICDDR-B, de MSF et nombreux ouvrages médicaux
Personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience clinique • Pose et monitoring des perfusions • Communication avec les patients et les familles • Esprit d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du choléra • Suivi des soins des patients 	Voir ci-dessus
Épidémiologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Conduite d'enquêtes sur les épidémies • Collecte et analyse des données • Formulation de recommandations relatives à la santé publique • Leadership et coordination • Présentation des informations 	Connaissance approfondie du choléra : causes, voies de transmission, interventions préventives	Voir ci-dessus
Personnel en charge de l'eau, de l'assainissement et de la santé environnementale			
Ingénieurs en eau et assainissement/santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitation et coordination • Élaboration de stratégies et de plans de communication • Capacités en mentorat et renforcement des capacités • Suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Notions de base sur le choléra • Actions de préparation et de riposte relatives au choléra dans les domaines de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de la santé • Interventions spécifiques au contexte 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à la lutte contre le choléra du groupe de responsabilité sectorielle WASH • Formation à la lutte contre le choléra d'OXFAM-GB et d'ESARO WASH
Agents de santé environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en écoute, observation et négociation • Facilitation <p>Connaissance des procédures de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chloration des seaux ; • mesure du niveau de chlore résiduel ; • conduite des enquêtes sanitaires ; • traitement et bonne conservation de l'eau domestique 	<ul style="list-style-type: none"> • Notions de base sur le choléra • Priorités des phases de préparation et de riposte au choléra • Compétences en communication • Évaluation des obstacles au changement • Actions pratiques d'appui au lavage des mains ou au traitement et à la bonne conservation de l'eau domestique • Connaissance des méthodes de travail à adopter sur les marchés et avec les fournisseurs de denrées alimentaires • Systèmes de gestion des latrines publiques • Recommandations relatives aux funérailles 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation aux « cinq clés » – adaptée • Formation à la lutte contre le choléra du groupe de responsabilité sectorielle WASH

Personnel	Principales compétences	Principaux thèmes à traiter dans la formation	Ressources à disposition
Agents de sensibilisation à l'hygiène et agents communautaires			
Coordinateur de la sensibilisation à l'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Facilitation et coordination Élaboration de stratégies et de plans de communication Capacités en mentorat et renforcement des capacités Suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Actions de préparation et de riposte relatives au choléra dans les domaines de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de la santé Interventions spécifiques au contexte 	<ul style="list-style-type: none"> Formation à la lutte contre le choléra du groupe de responsabilité sectorielle WASH Formation à la lutte contre le choléra d'OXFAM-GB et d'ESARO WASH
Agents de sensibilisation à l'hygiène de terrain	<ul style="list-style-type: none"> Animation des réunions et des groupes au sein des communautés Formation des agents de proximité Suivi Test de l'eau dans les foyers 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Priorités des phases de préparation et de riposte au choléra Compétences en communication Évaluation des obstacles au changement Actions pratiques d'appui au lavage des mains ou au traitement et à la bonne conservation de l'eau domestique 	Formation du CDC à l'intention des agents de santé communautaires (à adapter)
Agents de mobilisation des communautés/ Agents de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Visites à domicile Compétences en écoute Compétences en observation Résolution de problèmes Prise en charge de la diarrhée Traitement et bonne conservation de l'eau domestique Fabrication d'installations de lavage des mains Sensibilisation à l'assainissement Suivi des actions communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Remise à niveau des compétences en communication Actions pratiques d'appui au lavage des mains ou au traitement et à la bonne conservation de l'eau domestique Utilisation des sels de réhydratation orale et consultation rapide de professionnels de santé Recommandations relatives aux funérailles 	<ul style="list-style-type: none"> Formation du CDC à l'intention des agents de santé communautaires (en anglais, français et créole) Guide du formateur, Haïti (en français) Manuel de formation à la lutte contre les épidémies à l'intention des bénévoles de la FICR Formations destinées aux responsables communautaires/agents de terrain clés en Éthiopie
Responsables communautaires et professionnels			
Responsables communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des points de réhydratation orale Mobilisation et action communautaires Résolution des conflits/atténuation de la stigmatisation des patients cholériques 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Priorités des phases de préparation et de riposte au choléra Premiers secours pour le choléra Quand aiguiller le patient Actions pratiques d'appui au lavage des mains ou au traitement et à la bonne conservation de l'eau domestique Recommandations relatives aux funérailles 	<ul style="list-style-type: none"> Formations destinées aux responsables communautaires/agents de terrain clés en Éthiopie Formation du CDC à l'intention des agents de santé communautaires (à adapter) Manuel de formation à la lutte contre les épidémies à l'intention des bénévoles de la FICR
Chefs religieux	<ul style="list-style-type: none"> Appel à l'action dans les institutions et les communautés religieuses Résolution des conflits/atténuation de la stigmatisation des patients cholériques 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Priorités des phases de préparation et de riposte au choléra Actions pratiques d'appui au lavage des mains ou au traitement et à la bonne conservation de l'eau domestique Utilisation des sels de réhydratation orale et consultation rapide de professionnels de santé Recommandations relatives aux funérailles 	<ul style="list-style-type: none"> Formations destinées aux responsables communautaires/agents de terrain clés en Éthiopie Manuel de formation à la lutte contre les épidémies à l'intention des bénévoles de la FICR

Personnel	Principales compétences	Principaux thèmes à traiter dans la formation	Ressources à disposition
Corps enseignant	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation du personnel scolaire et des membres de la communauté Soutien de l'apprentissage des enfants et de leur action Résolution des conflits/atténuation de la stigmatisation des patients cholériques 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Priorités des phases de préparation et de riposte au choléra Actions pratiques d'appui au lavage des mains ou au traitement et à la bonne conservation de l'eau domestique Utilisation des sels de réhydratation orale et consultation rapide de professionnels de santé Recommandations relatives aux funérailles Assainissement dans les écoles 	<ul style="list-style-type: none"> Eau, assainissement et hygiène à l'intention des élèves dans les situations d'urgence
Gardiens de prison	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation et action des prisonniers Résolution des conflits/atténuation de la stigmatisation des patients cholériques 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Priorités des phases de préparation et de riposte au choléra Fabrication de postes de lavage des mains Utilisation des sels de réhydratation orale et consultation rapide de professionnels de santé Recommandations relatives aux funérailles 	<ul style="list-style-type: none"> Formations destinées aux responsables communautaires/agents de terrain clés en Éthiopie Ou adapter la formation du CDC à l'intention des agents de santé communautaires (en anglais, français et créole) Manuel de formation à la lutte contre les épidémies à l'intention des bénévoles de la FICR
Personnel de soutien des établissements de santé (CTC, STC)			
Coordinateur eau, assainissement, hygiène et logistique	<ul style="list-style-type: none"> Eau, assainissement, hygiène Logistique Communication Gestion du personnel Suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Priorités des phases de préparation et de riposte au choléra Lutte contre l'infection et exigences en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les CTC et les STC 	Recommandations sur le choléra de MSF (2004) (dont informations complémentaires sur les profils de poste en pages 115 à 126)
Fabricant de chlore	<ul style="list-style-type: none"> Savoir lire, écrire et compter Fiabilité 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Lutte contre l'infection et exigences en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les CTC et les STC Mélanges de chlore requis pour les CTC/STC 	Fiches du programme COTS
Agent d'entretien/ personnel des blanchisseries	<ul style="list-style-type: none"> Compétences pratiques en nettoyage Aptitude à respecter les instructions Fiabilité 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Lutte contre l'infection et exigences en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les CTC et les STC Procédures systématiques de nettoyage et de blanchissage 	Note d'information sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les CTC (Somalie)
Gardien	<ul style="list-style-type: none"> Aptitude à respecter les instructions Fiabilité 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Lutte contre l'infection et exigences en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les CTC et les STC Contrôle des mouvements de personnes dans les CTC/STC Importance du lavage des mains et de la désinfection des pieds dans les CTC/STC 	Vidéo sur les aspects eau, assainissement et hygiène d'un CTC à Haïti – Fewester/Medair
Cuisinier	<ul style="list-style-type: none"> Compétences en cuisine Bonne hygiène alimentaire et de l'eau Aptitude à respecter les instructions Fiabilité 	<ul style="list-style-type: none"> Notions de base sur le choléra Lutte contre l'infection et exigences en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les CTC et les STC Hygiène des denrées alimentaires et de l'eau dans les CTC/STC 	Manuel de formation à la lutte contre le choléra en Haïti : cours à l'intention des prestataires de santé (en anglais et français), ministère de la Santé de Haïti et CDC

A. Méthodes de renforcement des capacités applicables à la lutte contre le choléra

Le tableau ci-dessous énumère les options de renforcement des capacités des partenaires et des membres des communautés applicables à la prévention, la préparation et la riposte au choléra.

Méthodes de renforcement des capacités applicables à la lutte contre le choléra





Méthode	Description et application de cette méthode dans le cas du choléra	Informations complémentaires
Formation	<p>En principe, la planification de la formation doit constituer l'une des mesures de la préparation, mais en général il faut y recourir également au moment de la riposte. Les sessions de formation doivent tenir compte des profils de postes et reposer sur les compétences pratiques requises pour en effectuer les tâches.</p> <p>Une formation de remise à niveau pourra aussi s'avérer nécessaire afin de motiver les praticiens. Par exemple, les agents de proximité communautaires n'ayant auparavant bénéficié que de peu de soutien risquent de se démoraliser. Il faudra peut-être les inciter à nouveau à se focaliser sur les actions principales de lutte contre le choléra.</p> <p>Les adultes apprennent mieux lorsqu'ils peuvent réfléchir au thème de la formation et en discuter. Celle-ci doit donc être la plus interactive possible et recourir à des exercices de résolution de problèmes.</p> <p>Il convient d'intégrer la prévention, la préparation et la riposte au choléra dans la formation professionnelle destinée aux groupes de responsabilité sectorielle Santé, WASH et Nutrition ainsi qu'aux autres secteurs de l'aide humanitaire et du développement.</p>	<p>Annexe 6F – consacrée aux besoins éventuels en formation des différentes parties prenantes (voir également les exemples de cours et de supports de formation présentés dans le tableau ci-dessous)</p>
Mise en place d'équipes sectorielles de riposte rapide (sur la base de protocoles d'accord)	<p>Les organisations sectorielles peuvent élaborer des protocoles d'accord pour mettre en place des équipes de riposte rapide ou pour convenir d'actions communes de préparation et de riposte au choléra. Ces documents énoncent les stratégies communes à suivre et créent un précédent pour des actions spécifiques. En général, ils ne nécessitent pas de transfert formel de ressources ou de fonds (bien que les parties puissent s'engager à participer au financement d'actions conjointes) et ne sont pas juridiquement contraignants, contrairement à un contrat formel.</p>	<p>Section 10.1 sur les ressources humaines (procédures de l'UNICEF)</p> <p>Projet de protocole d'accord relatif à une équipe nationale de ressources en eau, assainissement et hygiène d'urgence (NEWASH-RT) </p>
Mentorat/coaching Détachement Observation Soutien par les pairs Supervision de soutien	<p>Ces méthodes consistent toutes à se former au contact d'une autre personne dans un environnement professionnel. Dans le contexte du choléra, elles seront surtout utiles pendant une épidémie, notamment au début, lorsqu'arrivent de nouvelles recrues sans expérience antérieure de la maladie ou ne possédant qu'une expérience limitée en la matière.</p> <p>Mentorat/coaching - Un responsable expérimenté dispense motivation et conseils à une personne novice.</p> <p>Détachement – Une nouvelle recrue est transférée temporairement vers une autre organisation ou un autre département afin d'acquérir de l'expérience dans un nouveau domaine professionnel.</p> <p>Observation – Une nouvelle recrue accompagne une personne expérimentée dans ses activités quotidiennes afin d'observer ses actions et d'apprendre par l'exemple.</p> <p>Soutien par les pairs – Deux personnes de même niveau mais à l'expérience et aux compétences différentes partagent leurs compétences et leurs connaissances.</p> <p>Supervision de soutien – Un responsable hiérarchique direct ou un autre membre de l'encadrement d'un échelon supérieur fait appel à des approches motivationnelles pour soutenir l'apprentissage et le développement de la personne et lui prodigue des conseils adaptés à ses besoins d'apprentissage.</p>	
Élaboration de recommandations et de procédures opérationnelles	<p>Les directives et les procédures opérationnelles relatives au choléra débouchent sur des outils essentiels au développement des capacités. Elles permettent aux utilisateurs d'appréhender aisément les tâches à accomplir ainsi que les méthodes et les procédures à utiliser. Elles peuvent servir dans le cadre de formations, pour le mentorat/coaching, pour l'auto-apprentissage et à titre de référence avant et pendant une épidémie.</p>	<p>Annexe 6B – Exemples de recommandations relatives à la lutte contre le choléra</p>
Documentation et partage des bonnes pratiques	<p>La documentation et le partage des bonnes pratiques sont utiles pour renforcer les capacités requises en matière de prévention, de préparation et de riposte. Si l'apprentissage porte sur des domaines prêtant à confusion ou des aspects du travail particulièrement difficiles, il peut s'avérer très utile.</p>	

B. Exemples de formations et de documents sur le choléra

Le tableau ci-après livre une vue d'ensemble d'exemples de formations consacrées au choléra mentionnées dans le Guide pratique de lutte contre le choléra de l'UNICEF.

Exemples de formations et de documents mentionnés dans le Guide pratique de lutte contre le choléra

Public cible	Pays (date)	Organisations d'appui	Remarques
Agents de santé communautaires, brigades communautaires	Haïti (2011)	CDC	<ul style="list-style-type: none"> • La formation des agents de santé communautaires se compose de présentations PowerPoint et d'un manuel accompagné de matériels destinés aux formateurs pour chaque module.
Responsables communautaires, agents de proximité clés, formateurs de formateurs, agents de zone et de district	Éthiopie (2007)	Gouvernement des États nationaux régionaux d'Amhara et d'Oromia ; gouvernement fédéral (départements et ministères en charge de l'eau et de la santé), PSI, MSF, Merlin, OXFAM, UNICEF, OMS	<ul style="list-style-type: none"> • La formation élaborée pour Oromia s'adressait aux responsables communautaires et aux agents de proximité clés. • Les grandes lignes d'une journée de formation des formateurs chargés de former les responsables communautaires et les agents de proximité sont également fournies. • Pour Amhara, il s'agissait de former les acteurs des zones et des districts à devenir formateurs de formateurs (2 sessions de 2 jours).
Personnel en charge de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène au niveau des districts et des régions	Tanzanie (2010)	Ministère de la Santé, Société de la Croix-Rouge de Tanzanie, UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Brève formation rapidement mise en place suite à une évaluation ayant révélé une capacité insuffisante à mettre en place des CTC dotés de dispositifs de lutte contre l'infection dans les districts et les régions. Cette formation accompagnait la remise de kits CTC en prépositionnement dans les régions. • Évaluation de la formation.
Lutte contre les épidémies à l'intention des bénévoles	Monde (2008)	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	Comprend des informations générales sur les différentes épidémies, des supports de formation, des conseils et une série d'outils .
lutte contre le choléra en Haïti : un cours abrégé pour les fournisseurs de soins de santé (en anglais et en français)	Haïti	CDC	Document de référence rapide sur le traitement et la prise en charge de la diarrhée aqueuse aiguë conçu et utilisé lors de l'épidémie cholérique qui a récemment frappé Haïti. Tire un grand nombre de ses informations d'autres sources.
Acteurs du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	Tchad (2011)	UNICEF WCARO	Grandes lignes d'une formation Grandes lignes d'une formation.
Acteurs du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	Ouganda (2010)	Département du Développement de l'eau, ministère de l'Eau et de l'environnement, UNICEF	Formation à la prévention et à la riposte au choléra à l'intention des acteurs des districts et des agents de terrain de diverses disciplines (4 jours).
Acteurs du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	Kenya (2008)	UNICEF Kenya et WESCOORD	Sessions sur la veille sanitaire et le choléra (une demi-journée) dans le cadre d'une formation de 5 jours consacrée aux questions d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les situations d'urgence à l'intention des organisations participant aux groupes de responsabilité sectorielle. Elles se sont également accompagnées d'un exercice de riposte à une épidémie basé sur une étude de cas.

Public cible	Pays (date)	Organisations d'appui	Remarques
Acteurs du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	Tanzanie (2010)	UNICEF Tanzanie, ministère de la Santé et de la protection sociale, FICR, UNICEF ESARO	Formation intégrée de 8 jours consacrée aux questions d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les situations d'urgence  dues au choléra (4 jours) ainsi qu'aux crues et aux personnes déplacées (4 jours) à l'intention des acteurs nationaux des secteurs de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de la santé.
Acteurs du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	Région (2009)	OXFAM-GB et UNICEF ESARO	<ul style="list-style-type: none"> • Ensemble complet d'outils permettant  de dispenser une formation sur le choléra (4 jours) aux acteurs du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Comprend tous les supports de formation requis, notamment des présentations PowerPoint, des plans de sessions, des informations de support et tous les documents administratifs nécessaires pour mettre en place et dispenser la formation. Conçu pour former simultanément les formateurs de formateurs et les participants.
Agents de santé	Monde	L'USAID et Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques du Bangladesh	COTS (formation aux épidémies de choléra et de shigellose) est un manuel électronique financé par l'USAID (Agence américaine pour le développement international) à l'intention des agents de santé. Il permet au Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques du Bangladesh de partager son expertise clinique, scientifique et de santé publique en matière de choléra et de shigellose avec les autres acteurs de la lutte contre le choléra. Pour en savoir plus, voir : www.cotsprogram.com 
Femmes (adaptation possible à un autre public)	Monde (2004)	OMS	Le manuel « Cinq clés pour des aliments plus sûrs »  et les supports de formation associés expliquent les principes de base sous-tendant les pratiques sûres de manipulation des aliments et permettant la prévention des maladies transmises par la nourriture. L'OMS a élaboré ces supports dans le but de fournir aux pays des documents faciles à utiliser, à reproduire et à adapter à différents publics cibles.

Type de communication	Description/objectifs	Points à prendre en compte dans le contexte de la riposte au choléra
Promotion	Vise à obtenir l'appui d'organisations et de personnes influentes afin de faire reconnaître l'existence du problème et/ou d'inciter à le traiter (par exemple : financement, déploiement de ressources humaines ou messages délivrés par une personne influente.	Cible souvent les personnes occupant des fonctions leur conférant du pouvoir ou des responsabilités ou celles qui contrôlent les ressources financières ou autres. Peut s'avérer nécessaire si les gouvernements, les bailleurs de fonds ou les autres agences sont réticents à admettre l'existence de l'épidémie.
Mobilisation sociale	Vise à mobiliser tous les partenaires possibles (par exemple : gouvernement, agences de l'ONU, entreprises privées, médias, société civile, milieu universitaire, programmes de développement existants, communautés, etc.) afin qu'ils concentrent leurs efforts sur le problème et participent à la riposte. Comprend la mobilisation des communautés, mais ne s'y limite pas.	La mobilisation (et la coordination) des partenaires, mais surtout la mobilisation des communautés concernées, doivent constituer un volet essentiel de la riposte.
Communication relative à l'épidémie et information du public	Vise à informer les populations à risque et les parties prenantes (par exemple : secteurs pertinents, médias, etc.) afin qu'elles prennent des décisions éclairées et coordonnent leur action pour limiter les effets de l'épidémie. Un autre objectif consiste à renforcer la confiance dans les autorités en charge de la santé publique et à la pérenniser.	La communication relative à l'épidémie doit viser à contrecarrer les rumeurs et les informations fausses à propos du choléra. Il est souhaitable d'élaborer des politiques de divulgation de l'information et des accords prévisionnels dans le cadre de la préparation. La remise de documents d'information aux médias de masse et leur formation joueront un rôle important.
Communication relative aux changements comportementaux (BCC)/Information, éducation et communication (IEC)	On entend par communication relative aux changements comportementaux l'utilisation stratégique de la communication au service de résultats sanitaires positifs. Elle est basée sur des théories et des modèles de changement comportemental ayant fait leurs preuves. Il s'agit d'une évolution stratégique factuelle des concepts d'information, d'éducation et de communication ainsi que d'éducation à la santé. L'expression « information, éducation et communication » renvoie souvent uniquement aux moyens matériels (par exemple, supports visuels, spots radio, etc.).	L'évaluation formative, la planification de la communication, la segmentation des publics et le pré-test des matériels constituent autant d'étapes essentielles à mener dans le cadre des mesures de préparation. Pendant une épidémie cholérique, il est souhaitable que la communication relative aux changements comportementaux passe par les médias de masse <u>et</u> la communication interpersonnelle.
Marketing social	Envisage d'appliquer les principes marketing tels que « produit, prix, positionnement et promotion » (les 4 P) pour inciter à utiliser un produit ou à adopter une pratique présentant une valeur sociale, par exemple se laver les mains au savon et utiliser des produits de traitement de l'eau. Nécessite une période importante d'étude formative (habituellement plusieurs mois) pour enquêter sur la manière dont les personnes perçoivent un produit et la meilleure façon d'en promouvoir l'utilisation et de motiver des changements dans le comportement des consommateurs. En général, le marketing social utilise diverses filières de communication. La communication de masse constitue un objectif essentiel.	Il faudra prévoir le recours au marketing social pour lutter contre le choléra dans le cadre du plan de préparation, mais des études existantes sur le lavage des mains ou l'utilisation de produits de traitement de l'eau pourront servir pendant une épidémie. Si certaines organisations font déjà appel au marketing social pour certains produits (sels de réhydratation orale, traitement de l'eau et stockage sûr au point d'utilisation), il faut incorporer et développer leur travail pendant la riposte au choléra.
Sensibilisation à l'hygiène	A pour but de garantir et de pérenniser le bon usage des installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène ainsi que l'action collective et individuelle visant à réduire les risques liés à l'hygiène en employant toutes les stratégies de communication ci-dessus . Passe par le dialogue et la discussion pour inciter les communautés à agir.	Consulter et mobiliser les communautés afin de s'assurer de l'acceptabilité et de l'utilisation des nouvelles installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Mettre en place des systèmes de nettoyage et d'entretien des installations publiques. Inciter les membres des communautés à agir pour améliorer l'hygiène et à consulter des professionnels de santé. Fournir des informations sur l'utilisation de produits non alimentaires auxquels les communautés ne sont pas habituées, tels que les produits de traitement de l'eau domestique.

Les activités suivantes, qui requièrent aussi de recourir à la communication, sont parfois considérées comme des stratégies de communication.

Coordination	Vise à assurer la couverture et la cohérence de la riposte ainsi que l'usage optimal des ressources et leur priorisation.	L'existence d'équipes spéciales de lutte contre le choléra multisectorielles, sectorielles, nationales, régionales et locales ainsi que des réunions régulières visant à définir les actions et les responsabilités, jouent un rôle essentiel pendant la riposte au choléra. Il faut également ratifier rapidement les informations et les messages clés approuvés. Il est important qu'ils fassent l'objet d'un consensus pour garantir la cohérence des informations.
Formation	Vise à développer les diverses compétences essentielles dont les différents groupes cibles ont besoin pour atténuer l'impact de l'épidémie cholérique	Cours de remise à niveau à l'intention du personnel de santé et des agents de proximité, des chefs religieux, du corps enseignant, etc. Bien centrer les formations sur le choléra, les actions pratiques et les compétences requises.

Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici 

Étape 1 : Évaluation de la communication relative à l'hygiène – Riposte au choléra

Questions clés	Résumé de la situation à ce jour
Quelles pratiques présentent un risque pour l'hygiène et la santé publique (évaluer différents groupes cibles) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de couverture des latrines relativement élevé (environ 70%) • Couverture et utilisation restreintes de latrines améliorées. La majorité d'entre elles ne possède pas d'installations de lavage des mains • Faible prévalence du lavage des mains au savon chez les adultes et les enfants • Sources d'eau potable non protégées • L'eau fournie par les vendeurs d'eau n'est pas propre • L'eau des foyers n'est ni stockée ni tirée de manière sûre • Les selles des enfants ne sont pas considérées dangereuses • Les restes alimentaires ne sont pas suffisamment réchauffés et les fruits ne sont pas lavés avant leur consommation • Les jus de fruit et les sucettes glacées utilisent de l'eau contaminée • Hygiène douteuse chez les vendeurs de nourriture/cuisiniers • Les aliments servis lors des rassemblements communautaires ne sont pas préparés dans des conditions hygiéniques • L'absence de lavage des mains au savon après la préparation de la dépouille d'une victime du choléra favorise la propagation de la maladie • Les gens ont peur de révéler la maladie ou le décès en raison de la stigmatisation que cela suscite • Les décharges sauvages créent un terrain favorable à l'éclosion de mouches • Consultation tardive d'un professionnel de santé pour diverses raisons
Quelles actions ou pratiques prioritaires réalistes les personnes doivent-elles effectuer/adopter pour protéger leur santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains au savon et à l'eau aux moments critiques • Faire bouillir l'eau, la chlorer, utiliser des dispositifs WaterGuard ou une autre méthode de traitement • Poste de réhydratation orale (sels de réhydratation orale, zinc, autres liquides et modes d'alimentation), notamment pour les enfants • Utiliser/creuser des latrines ou les améliorer en y ajoutant des installations de lavage des mains et s'en servir • Évacuation sûre des selles des enfants • Faire réchauffer les aliments jusqu'à ce qu'ils soient brûlants • Recouvrir la nourriture pour éviter sa contamination par les mouches • Consulter rapidement un professionnel de santé, absorber un liquide pendant le trajet (si possible des sels de réhydratation orale) • Signaler les cas et les décès et confier l'inhumation à des professionnels
Quels sont les principaux obstacles qui rendent ces pratiques difficiles à adopter ou qui empêchent les gens d'agir ? (du point de vue de la communauté)	<ul style="list-style-type: none"> • Ils pensent que le choléra est causé par la sorcellerie (et donc impossible à prévenir en buvant de l'eau potable, en se lavant les mains, etc.) • Ils ne croient pas que les solutions proposées amélioreront la situation • À leur avis, les selles des enfants ne sont pas dangereuses • Ils n'aiment pas le goût de l'eau bouillie ou chlorée • Ils craignent de ne pas avoir le droit d'enterrer leurs êtres chers dans le respect des rituels
Pour quel(s) motif(s) les personnes qui pratiquent déjà le comportement désiré ont-elles fait ce choix ? (personnes qui le pratiquent et qui ne le pratiquent pas)	(Évaluation à effectuer)
Quels sont les principaux groupes ou publics cibles ?	Mères de jeunes enfants, femmes plus âgées, maris, enfants scolarisés, jeunes, vendeurs d'eau, vendeurs de denrées alimentaires
Qui est susceptible d'exercer une influence sur les groupes cibles principaux ? (membres de la famille, amis ou agents du changement, c'est-à-dire célébrités, sportifs connus, enseignants, etc.)	Chefs traditionnels, médecins traditionnels, sages-femmes traditionnelles, chefs religieux, enseignants

Questions clés	Résumé de la situation à ce jour
Quels sentiments sont susceptibles d'exercer une influence sur ces groupes cibles ? (par exemple, désir de bien élever ses enfants, dégoût, affiliation, commodité, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Les mères aiment avoir le sentiment de faire ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants • Les pères aiment avoir le sentiment de protéger leur famille • Personne n'aime l'idée de risquer de consommer des matières fécales
À quelles méthodes de communication les différents groupes cibles font-ils confiance ? (demander à qui/où ils demandent conseil, puis poser des questions d'approfondissement)	Femmes plus âgées/sages-femmes traditionnelles, radio, personnes-ressources de la communauté, gouvernement de rue
Quels sont les vecteurs de mobilisation des communautés à disposition (par exemple, leadership fort, institutions religieuses, groupes de femmes, réseaux sociaux, ONG locales, etc.) ?	Chefs religieux, agents de vulgarisation de la méthode PHAST
Quels sont les agents de proximité à disposition ?	Bénévoles de la Société de la Croix-Rouge de Tanzanie, agents de santé communautaires, sages-femmes traditionnelles
Que peut-on faire d'autre pour donner aux hommes, aux femmes et aux enfants les moyens de passer à l'action ? (par exemple, fourniture d'installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène, distribution d'articles d'hygiène ou de technologies de traitement de l'eau domestique)	Distribution massive de savon ou de chlore ? Installation de postes de lavage des mains à proximité des latrines publiques ?
Quelles initiatives de promotion faut-il mener au niveau national ou local ?	Besoin de davantage d'agents de santé environnementale ? Faire endosser aux autorités la responsabilité d'élaborer des plans de lutte contre le choléra ? Augmenter/fournir à un moment plus opportun le financement nécessaire à la riposte au choléra ?

Étape 2 : Grandes lignes de la communication – Riposte au choléra

But : Faire en sorte que les hommes, les femmes et les enfants sachent comment se protéger contre le choléra et se mobilisent pour en réduire activement le risque

Objectif : Définir des objectifs pour chaque groupe cible

Résultats spécifiques : Sélectionner **UNIQUEMENT 3** indicateurs basés sur les actions prioritaires ci-dessous. Par exemple :

- Augmentation d'au moins 30 % en 6 mois du lavage des mains après la défécation et avant la confection ou la consommation de repas (dans le groupe cible)
- Augmentation d'au moins 30 % en 6 mois du recours au traitement de l'eau et au stockage sûr au point d'utilisation (dans les endroits où les populations sont sensibilisées à ces pratiques)
- Augmentation d'au moins 30 % en 6 mois de la connaissance des trois actions clés à effectuer pour prévenir le choléra au sein du groupe cible

Public cible principalⁱ Le public cible principal constitue le cœur de vos activités de communication. La réussite de la communication relative à l'hygiène se mesurera principalement par les changements apportés ou les actions menées au sein de ce groupe.

Groupe cible/ Groupe participant	Messages/concepts clés et actions désirées ⁱⁱ
Communauté dans son ensemble	<p>Informations générales sous forme de fiche d'information : <i>Le choléra se propage en consommant des aliments ou de l'eau contaminés/souillés par le germe de la maladie présent dans les selles. Tout le monde peut l'attraper. Normalement, la maladie se propage lorsque les conditions d'assainissement et d'hygiène laissent à désirer. Toute personne présentant une diarrhée aqueuse aiguë doit se rendre immédiatement dans un centre de santé pour se faire soigner.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Signes et symptômes du choléra 2. Mode de transmission 3. Adresse des centres de traitement 4. Mesures préventives et de lutte contre la maladie : voir ci-dessous (hygiène personnelle, nourriture, eau, assainissement environnemental et hygiène, soins à domicile sous la forme de sels de réhydratation orale/fluides/précautions à prendre pour les funérailles) <ol style="list-style-type: none"> a. Ne pas boire de boisson locale pendant une flambée de choléra b. Ne pas cacher un patient présentant les symptômes du choléra. Le conduire immédiatement au centre de traitement <p>Votre santé est entre vos mains – Lavez-vous les mains au savon et à l'eau courante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. après avoir aidé un malade ; 2. après vous être rendu aux toilettes ou les avoir utilisées ; 3. après avoir touché les selles d'un enfant (après lui avoir nettoyé le derrière) ; 4. avant de manger et de nourrir un enfant ; 5. avant de préparer/cuisiner les aliments ; 6. avant d'allaiter. <p>Les rassemblements contribuent à la propagation du choléra.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitez les rassemblements pendant la flambée de choléra. 2. Ne mangez pas et ne buvez pas lors des rassemblements tels que funérailles, fêtes, mariages, marchés en plein air, etc., pendant la flambée de choléra. 3. La dépouille des personnes décédées du choléra est très contagieuse.
Filières de communication de confiance/privilégies	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle

Groupe cible/ Groupe participant	Messages/concepts clés et actions désirées ⁱⁱ
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Informations et prospectus/fiches d'information à l'intention des ménages • Informations dispensées dans les mosquées, les églises, etc. • Informations dispensées lors des réunions de la communauté, des marchés, aux stations d'autobus, dans les bars et les clubs, dans les dispensaires, etc. • Annonces à la radio nationale et locale • Journaux • Concerts • Unités de vidéo mobile (remarque : on pourrait se servir du témoignage de personnes gravement touchées par le choléra à Pemba pour réaliser une vidéo apte à influencer sur les habitants du reste du pays) • Système de sonorisation • Téléphones portables
Chargés de la communication/ responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Bénévoles au sein des communautés (par exemple, personnes-ressources, bénévoles de la Croix-Rouge) • Shehias, chefs religieux, imams • Responsables communautaires et membres de comités • Associations d'usagers de l'eau • Stations de radio et coordonnées, par nom • Personnel des centres de santé/Agents de santé environnementale • Comités sanitaires des districts
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Groupe cible/ Groupe participant	Mères (de jeunes enfants)
Messages/concepts clés et actions désirées	<p>Que faire si votre enfant ou vous-même avez la diarrhée et vomissez ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisez immédiatement des sels de réhydratation orale obtenus à partir d'eau potable (bouillie ou chlorée). 2. Si vous n'avez pas de sels de réhydratation orale, buvez une grande quantité d'eau potable ou d'autres fluides (sauf des boissons gazeuses). 3. Rendez-vous immédiatement au centre de santé le plus proche et buvez de l'eau potable pendant le trajet. 4. Lavez au désinfectant/chlore ou faites bouillir les vêtements sales des patients cholériques. <p>Ne buvez que de l'eau potable :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toute eau à boire doit être bouillie ou chlorée. <p>Faites très attention avec la nourriture :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ne mangez pas de fruits sans les laver : il faut laver les fruits à l'eau courante potable avant de les consommer. 2. Il faut bien cuire les aliments et les manger quand ils sont chauds. 3. Ne mangez pas de restes froids. Faites bien réchauffer tous les aliments. <p>Nourrissez votre enfant de manière sûre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les nourrissons de moins de 6 mois doivent exclusivement être allaités et rester avec leur mère tant qu'elle est consciente. 2. Le choléra ne se propage pas par l'allaitement. Le lait maternel reste tout à fait sûr pour l'enfant même si sa mère a le choléra. <p>Votre santé est entre vos mains – Veillez à leur propreté :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavez-vous les mains au savon : <ol style="list-style-type: none"> a) après être allé aux latrines ; b) après avoir nettoyé le derrière d'un enfant ; c) avant de manger et de nourrir un enfant ; d) avant de préparer les aliments ; e) avant d'allaiter. 2. Ne vous lavez pas les mains dans la même eau ou le même récipient que d'autres personnes et utilisez de l'eau courante. <p>Évacuez les selles de manière sûre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisez convenablement les toilettes. 2. Construisez et utilisez des latrines si vous n'en avez pas. 3. Si vous n'avez pas encore construit de toilettes, enterrez les selles (des enfants et des adultes).

Groupe cible/ Groupe participant	Mères (de jeunes enfants)
Filières de communication de confiance/privilégiées	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Visites dans les foyers • Informations fournies par les agents de proximité et les bénévoles lors des réunions de groupes de femmes • Informations et prospectus fournis au centre de santé
Chargés de la communication/responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Société de la Croix-Rouge de Tanzanie, agents de santé communautaires, sages-femmes traditionnelles • ONG, agents de vulgarisation • Infirmières et médecins • Chefs religieux
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Groupe cible/ Groupe participant	Enfants fréquentant l'école primaire
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si vous constatez qu'un élève vomit et a la diarrhée, donnez-lui immédiatement des sels de réhydratation orale (mélange de sel et de sucre) et conduisez-le au centre de traitement le plus proche. 2. À titre de précaution, il faut toujours boire de l'eau potable bouillie ou traitée. 3. Attention : ne mangez pas de nourriture froide ou laissée à l'air libre sans la réchauffer. 4. Il est essentiel d'utiliser les toilettes à l'école et à la maison. Il faut nettoyer régulièrement les toilettes pour éviter la propagation du choléra par les mouches. 5. Lavez-vous les mains à l'eau potable et au savon après être allé aux toilettes ou avoir joué et avant de manger. 6. Vous ne devez pas manger de fruits qui ne sont pas bien lavés. 7. Ne touchez pas les vomissures. Versez du chlore dessus pour empêcher la prolifération des bactéries, conduisez le patient à un centre de traitement et donnez-lui des sels de réhydratation orale (ou un mélange de sucre et de sel) ou de l'eau potable pendant le trajet. 8. Vous devez informer un enseignant dès que possible.
Filières de communication de confiance/privilégiées	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure dans les leçons et les assemblées de l'école • Information : affiches/prospectus sur les panneaux d'affichage des écoles et à d'autres endroits à forte visibilité • Pièce de théâtre • Concours, jeux • Musique • Conseils d'enfants • Educateurs du même groupe d'âge • Informations fournies dans les groupes de parents • Lieux d'enseignement religieux (madrassas, écoles du dimanche, etc.)

Groupe cible/ Groupe participant	Enfants fréquentant l'école primaire
Communicators/ person responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignants • Personnel de santé environnementale, personnel et bénévoles de la Société de la Croix-Rouge de Tanzanie • ONG travaillant avec les enfants • Shehias, chefs religieux, imams
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Groupe cible/ Groupe participant	Enfants fréquentant l'école secondaire
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comme ci-dessus 2. Faites passer le message et aidez à protéger votre famille et votre communauté.
Filières de communication de confiance/privilèges	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines
Chargés de la communication/ responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignants • Environmental health staff; TRCS staff and volunteers • NGOs working with children and adolescents • Shehias, religious leaders, Imams • Ministère de l'Éducation
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Groupe cible/ Groupe participant	Vendeurs de denrées alimentaires et de fruits
Messages/concepts clés et actions désirées	<p><i>Ne contribuez pas à propager le choléra.</i> <i>Si votre client meurt du choléra, à qui vendrez-vous demain ?</i> <i>Assurez la bonne santé de vos clients.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyez les ustensiles à l'eau chaude et au savon. 2. Ayez des ustensiles toujours propres. 3. Servez uniquement de l'eau bouillie ou traitée pour boire ou fabriquer des jus. 4. Servez de la nourriture chaude. 5. Mettez une installation de lavage des mains dotée de savon spéciale à la disposition de vos clients. 6. Lavez-vous les mains au savon après être allé aux toilettes et avant de préparer les aliments. 7. Préparez la nourriture dans un endroit propre. 8. Lavez les fruits et les légumes mangés crus à l'eau potable. 9. Ne vendez que des fruits non pelés ou non tranchés.
Filières de communication de confiance/privilegies	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches d'information • Initiation/formation rapide et système de certification
Chargés de la communication/ responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Agents de santé environnementale • Inspecteurs des marchés • Bénévoles de la communauté
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Groupe cible/ Groupe participant	Vendeurs d'eau
Messages/concepts clés et actions désirées	<p>Vendez de l'eau propre et potable (un vendeur qui se soucie de ses clients leur vend de l'eau potable, de l'eau provenant d'une source sûre).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prélevez l'eau dans des sources sûres ou bien chloroz-la ou faites-la bouillir. 2. Stockez l'eau traitée dans des récipients couverts dotés d'un bec verseur. Ne trempez pas les mains dans l'eau et n'y introduisez pas d'objets. 3. Veillez à ce que la zone environnant la source d'eau soit propre et respecte les règles d'hygiène. Évitez de renverser de l'eau n'importe où. 4. Veillez à ce que les seaux ou les récipients ne soient pas contaminés du fait d'un mauvais drainage ou de leur empilement les uns dans les autres. 5. Lavez-vous les mains au savon avant d'aller chercher/prélever de l'eau. 6. Stockez l'eau de façon adaptée et nettoyez régulièrement les récipients à l'eau et au savon. 7. Conseillez à vos clients de faire bouillir l'eau ou de la chlorer pendant une flambée de choléra car n'importe quelle eau peut être contaminée, même si elle semble propre.
Filières de communication de confiance/privilegies	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches d'information • Initiation rapide • Système de sonorisation
Chargés de la communication/responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Agents de santé environnementale • Département de l'eau • ONG
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Publics cibles secondairesⁱⁱⁱ Le public cible secondaire peut exercer une influence sur le public cible principal. Les messages/actions/concepts ci-dessus s'appliqueront également aux publics secondaires, mais des messages supplémentaires pourront eux aussi s'avérer importants.

Target Group/ Participatory Group	Enseignants
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vous pouvez jouer un rôle décisif dans l'épidémie de choléra. 2. La diarrhée et le choléra sont responsables de la perte de centaines de millions de jours d'école chaque année. Le traitement de l'eau à l'école et à la maison peut empêcher la propagation de ces maladies. Le lavage des mains au savon peut réduire presque de moitié le nombre de cas de diarrhée. 3. Les habitudes de lavage des mains que vous inculquez aux élèves dureront toute la vie. 4. Vous pouvez facilement inclure le lavage des mains au savon dans de nombreuses leçons. 5. La fabrication de postes de traitement de l'eau et de lavage des mains constitue une bonne activité pour les élèves et peut également influencer sur leurs familles/communautés.
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des enseignants et formation continue
Chargés de la communication/ responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de l'Éducation
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Target Group/ Participatory Group	Chefs religieux
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vous pouvez jouer un rôle décisif dans l'épidémie de choléra. 2. Protégez les autres et vous-même en aidant à entretenir les points d'eau potable et en diffusant des messages sur l'hygiène. 3. De nombreuses religions demandent à leurs fidèles de se laver et de porter des vêtements propres avant la prière ou pendant d'autres rituels. Seules les mains lavées au savon et à l'eau courante sont vraiment propres. 4. La santé des membres de votre congrégation, notamment des enfants, est en danger parce qu'ils ne se lavent pas les mains au savon. 5. Un million de vies pourraient être sauvées chaque année par un simple lavage des mains au savon !
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Informations/initiation/prospectus lors des rassemblements religieux • Réunions locales
Chargés de la communication/ responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé et de la protection sociale
Resources required	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Target Group/ Participatory Group	Groupes de jeunes, de femmes, etc.
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vous pouvez jouer un rôle décisif pendant l'épidémie de choléra. 2. Faites circuler les précautions simples que vos membres et vous-même pouvez prendre. 3. Faites bouillir l'eau destinée à la consommation ou chloroz-la pour vous assurer qu'elle est potable et ne propagera pas la maladie. 4. Stockez l'eau traitée dans des récipients couverts dotés d'un bec verseur. Ne trempez pas les mains dans l'eau et n'y introduisez pas d'objets. 5. Le lavage des mains au savon peut réduire de près de moitié le nombre de cas de diarrhée. 6. Incluez des informations sur le lavage des mains dans vos activités habituelles. 7. Veillez à mettre des installations de lavage des mains à disposition et utilisez de l'eau courante et du savon dans les clubs de jeunes ou les lieux de réunions.
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté participante • Prospectus dispersés lors des réunions de la communauté
Chargés de la communication/responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé et de la protection sociale
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Target Group/ Participatory Group	Professionnels de santé des centres de traitement
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Importance du lavage des mains au savon aux moments clés et après tout contact avec un patient. 2. Informez les aidants qu'ils doivent désinfecter tous les espaces de leur domicile souillés par des vomissures et des selles. 3. Profitez de l'occasion pour aider les gens à obtenir de l'eau potable à leur domicile et à appliquer des mesures d'hygiène chez eux. Demandez également si quelqu'un d'autre est malade et expliquez aux membres de la famille et aux voisins les méthodes de désinfection des vêtements, des ustensiles, etc.
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Panneau-chevalet • Prospectus • Discussion avec les patients et les membres de leur famille • Rappels (incitation à l'action), par exemple affiches aux points de lavage des mains
Chargés de la communication/responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé et de la protection sociale
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Tertiary Target Audiences The tertiary target audience comprises decision makers and funders who can contribute to the success of the programme

Target Group/ Participatory Group	Journalistes, producteurs d'émissions de radio et de télévision
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faits importants sur la prévention et la lutte contre le choléra abordant les mythes, les croyances et les pratiques 2. Signes et symptômes 3. Mode de transmission 4. Mesures de prévention et de lutte (lavage des mains au savon, utilisation des latrines, hygiène alimentaire, hygiène personnelle, etc.) 5. Centres de traitement 6. Recours aux soins à domicile (sels de réhydratation orale) et aux fluides 7. Lieux où se procurer des informations – Alertes aux épidémies/Alerte rapide – Bulletins du ministère de la Santé et de la protection sociale diffusés chaque samedi à la radio
Filières de communication de confiance/privilégiées	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Conférences de presse • Séances d'information des médias • Fiches d'information • Site Internet
Chargés de la communication/responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Communication et du transport • Ministère de la Santé et de la protection sociale • ONG spécialisées dans les médias
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Target Group/ Participatory Group	Ministres
Messages/concepts clés et actions désirées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impact du choléra sur votre communauté 2. Ce que vous envisagez de faire et l'appui dont vous avez besoin 3. Modalités de la participation des écoles à la lutte contre le choléra 4. Promotion des besoins en infrastructure à long terme et priorisation des zones touchées par le choléra pour éviter la récurrence de la maladie dans les années à venir
Filières de communication de confiance/privilégiées	<ul style="list-style-type: none"> • Médias de masse • Petits médias • Médias traditionnels ou locaux • Communauté participante • Communication interpersonnelle
Méthodes de communication et lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Document d'information • Propositions
Chargés de la communication/responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé et de la protection sociale • Ministère de l'Éducation
Ressources requises	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Matériel • Équipement • Ressources humaines

Étape 3: Plan de suivi – Riposte au choléra

Indicateurs des résultats de la communication	Suivi des activités	Responsable	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de patients se présentant à l'établissement de santé dans les 24 h suivant l'apparition des symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> Informations consignées dans le registre de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Personnel de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Collecte permanente des données dans l'établissement – Collationnement et interprétation mensuels
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage d'aidants à domicile utilisant correctement les sels de réhydratation orale 	<ul style="list-style-type: none"> Visites au domicile de 20 familles choisies au hasard par agent de sensibilisation Données initiales et enquête de suivi par questionnaire 4 mois plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> Agents de sensibilisation communautaires Contrôlé et collationné par les agents de santé environnementale ou un autre superviseur tous les quinze jours 	<ul style="list-style-type: none"> Hebdomadaire 4 fois par mois pendant une flambée
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de ménages vulnérables chlorant leur eau potable à domicile avec un taux de chlore résiduel > 0,2 mg/l (eau de Javel domestique, sachet de PuR, Aquatab, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Visites au domicile de 20 familles choisies au hasard par agent de sensibilisation Données initiales et enquête de suivi par questionnaire 4 mois plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> Agents de sensibilisation communautaires Contrôlé et collationné par les agents de santé environnementale ou un autre superviseur tous les quinze jours 	<ul style="list-style-type: none"> Hebdomadaire 4 fois par mois pendant une flambée
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de la population vulnérable qui se lave les mains à l'eau courante et au savon (ou bien à la cendre, au sable, etc.) à au moins 2 moments critiques (avant de manger et après la défécation) 	<ul style="list-style-type: none"> Visites au domicile de 20 familles choisies au hasard par agent de sensibilisation Données initiales et enquête de suivi par questionnaire 4 mois plus tard Observations dans les toilettes publiques 	<ul style="list-style-type: none"> Agents de sensibilisation communautaires Contrôlé et collationné par les agents de santé environnementale ou un autre superviseur tous les quinze jours 	<ul style="list-style-type: none"> Hebdomadaire 4 fois par mois pendant une flambée Quotidien
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de mères ou de personnes s'occupant de bébés ou de très jeunes enfants qui se lavent les mains au savon et à l'eau courante à au moins 4 moments critiques (avant de manger ou de nourrir l'enfant et après la défécation ou la toilette de l'enfant) 	<ul style="list-style-type: none"> Visites au domicile de 20 familles choisies au hasard par agent de sensibilisation Données initiales et enquête de suivi par questionnaire 4 mois plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> Agents de sensibilisation communautaires Contrôlé et collationné par les agents de santé environnementale ou un autre superviseur tous les quinze jours 	<ul style="list-style-type: none"> Hebdomadaire 4 fois par mois pendant une flambée
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de la population vulnérable indiquant déféquer à 100 m minimum de points d'eau et d'habitations, en l'absence de latrines 	<ul style="list-style-type: none"> Visites au domicile de 20 familles choisies au hasard par agent de sensibilisation Données initiales et enquête de suivi par questionnaire 4 mois plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> Agents de sensibilisation communautaires Contrôlé et collationné par les agents de santé environnementale ou un autre superviseur tous les quinze jours 	<ul style="list-style-type: none"> Hebdomadaire 4 fois par mois pendant une flambée
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de rassemblements (mariages, fêtes, enterrements, etc.) prenant des précautions (préparation sûre des aliments, chloration de l'eau à boire, installations de lavage des mains, assainissement sûr, préparation et enterrement sûrs des corps, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Observations à l'aide de la liste de contrôle avant et pendant les rassemblements 	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé environnementale et responsables communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Selon les besoins – Il faut suivre tous les événements.
<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de vendeurs de denrées alimentaires prenant les précautions correctes pour préparer et vendre la nourriture (lavage des mains avant la préparation, utilisation d'eau bouillie, nourriture uniquement servie très chaude) 	<ul style="list-style-type: none"> Interroger les usagers des marchés et les vendeurs de denrées alimentaires Observation sur les marchés et dans les points de vente alimentaires Données initiales et enquête de suivi par questionnaire 4 mois plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> Agents de santé environnementale 	<ul style="list-style-type: none"> Observation hebdomadaire dans les zones à haut risque Données initiales et enquête de suivi par questionnaire 4 mois plus tard

Indicateurs des résultats de la communication	Suivi des activités	Responsable	Fréquence
Indicateurs relatifs aux processus de communication			
<ul style="list-style-type: none"> Des matériels de communication intéressants, acceptables et visibles ont été élaborés avec les publics cibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Réunions et réflexions de groupe Visites sur le terrain Évaluation en temps réel 	<ul style="list-style-type: none"> Agents principaux de sensibilisation à l'hygiène Équipe d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les 2 mois suivant le début de la riposte
<ul style="list-style-type: none"> La majorité des participants aux réunions de groupe a le sentiment d'avoir reçu des informations adéquates sur la riposte et que les agents de terrain travaillent avec eux dans un esprit de collaboration et de respect. 	<ul style="list-style-type: none"> Réunions et réflexions de groupe Visites sur le terrain – Entretiens avec des informateurs clés Évaluation en temps réel 	<ul style="list-style-type: none"> Agents principaux de sensibilisation à l'hygiène Agents de surveillance de la responsabilité Équipe d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Mensuel
Indicateurs des résultats de la communication			
<ul style="list-style-type: none"> Des plans et des supports de communication relatifs à l'hygiène faisant appel à la fois aux médias de masse et à des approches interpersonnelles sont utilisés. 	<ul style="list-style-type: none"> Visites sur le terrain – Entretiens avec les informateurs clés Évaluation en temps réel 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de travail sur la communication Personnel principal chargé de la sensibilisation à la santé et de la communication Équipe d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Dans le mois suivant le début de la riposte
<ul style="list-style-type: none"> La formation et l'initiation à la communication relative à l'hygiène destinées à tous les agents de mise en œuvre et aux publics cibles secondaires ont été menées et évaluées. 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation en temps réel Visites sur le terrain – Observation de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de travail sur la communication Personnel principal chargé de la sensibilisation à la santé et de la communication Équipe d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les 2 mois suivant le début de la riposte
<ul style="list-style-type: none"> Des informations sur la riposte sont régulièrement dispensées aux communautés concernées et des mécanismes de retour d'information et de réclamation sont en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens avec les personnes travaillant pour les mécanismes de réclamation Évaluation des réclamations et de la réponse Évaluation en temps réel 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de travail sur la communication Équipe d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Dans le mois suivant le début de la riposte

Étape 4: Exemple de plan de mise en œuvre – Riposte au choléra

Actions requises	Chef de file	Responsable de l'appui aux actions	Date prévue
Coordonner les activités de communication	Président du groupe de travail en charge de la communication et de la mobilisation	Membres du groupe de travail en charge de la communication et de la mobilisation	En cours
Élaborer un plan de travail commun ^{iv}	Président du groupe de travail	Membres du groupe de travail – Responsabilité tournante	En cours
Étude formative sur la communication	Directeur du département en charge de l'éducation à la santé	Partenaires locaux – Croix-Rouge, OXFAM, CARE, ACF	D'ici le 7 mars
Évaluer les politiques et les directives en matière de communication	Président du groupe de travail en charge de la communication et de la mobilisation	Membres du groupe de travail en charge de la communication et de la mobilisation	Fin janvier
Préparer les plans de communication locaux	Président des équipes spéciales de lutte contre le choléra des districts	Membres des équipes spéciales	Mi-avril
Élaborer les documents à l'intention des médias de masse nationaux	Ministère de la Santé (directeur de la santé publique)	Département en charge de la communication des informations (département Médias de masse)	Fin mars
Élaborer les dossiers de formation et d'initiation à l'intention des groupes cibles clés	Formateur spécialisé dans la sensibilisation à la santé (consultant)	Groupe de travail sur la communication	Fin avril
Mettre en place des systèmes de communication au niveau des districts et des villages	Département en charge de la sensibilisation à la santé dans les districts	Personnel de sensibilisation à la santé des districts et ONG	Fin avril
Identifier les partenaires dans les communautés	UNICEF	Groupe de travail et partenaires dans les districts	Fin mars

- i Les messages à l'intention du public cible principal ont été compilés par un groupe de travail interorganisations lors des flambées de choléra de 2010.
- ii Basés sur l'évaluation de la communication
- iii Ces messages ne constituent que des exemples et n'ont pas été ratifiés par le groupe de travail interorganisations.
- iv Il faut indiquer dans le plan de travail commun les activités principales du groupe de travail en charge de la communication, mais il est conseillé d'élaborer des plans de travail supplémentaires plus détaillés pour les actions nécessitant des étapes complexes avec intervention d'autres acteurs.



Liste de contrôle relative à la communication dans le cadre de la préparation aux épidémies de choléra¹



Activité	Commentaires
Un sous-groupe sur la communication a été créé au sein de l'équipe spéciale de lutte contre le choléra (ou son équivalent). Dans le cas contraire, il a été réservé du temps à la discussion et à la planification des actions de communication à mener pendant une épidémie cholérique. Ce groupe doit comprendre des représentants des groupes de responsabilité sectorielle Santé, Eau, assainissement et hygiène et Éducation.	
Des réunions ont été organisées avec les ministères et les parties prenantes clés susceptibles de participer à la riposte au choléra, par exemple les ministères de la Protection sociale, de la Santé, de l'Eau, de l'Éducation. Si possible, des représentants ont été invités aux réunions de planification.	
Les rôles et responsabilités , notamment le responsable de la ratification des informations clés et de leur publication, ont été assignés et convenus et un système de coordination a été défini.	
L'une des deux mesures suivantes a été prise : élaboration d' une méthodologie d'évaluation rapide des croyances socioculturelles concernant les pratiques en matière d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène dans les communautés touchées ou exécution d' une étude formative sur les croyances culturelles en matière de pratiques d'eau et d'assainissement dans les communautés vulnérables, permettant notamment d'identifier les filières de communication efficaces et crédibles.	
Un plan de communication à utiliser en cas d'épidémie de choléra a été rédigé et adopté par les partenaires. Il doit indiquer en détail les zones à risque, les facteurs de risque, les groupes participants, les résultats en termes de comportements et les filières de communication considérées fiables et acceptables ainsi que des méthodologies à l'intention de ces groupes. Il faudra prêter une attention particulière aux communautés marginalisées et difficiles d'accès.	
Des messages clés initiaux /informations sur le traitement et le stockage sûrs de l'eau domestique, les pratiques sûres en matière d'hygiène et d'assainissement permettant de prévenir le choléra et les comportements corrects en matière de consultation de professionnels de santé ont été élaborés et adoptés par les partenaires.	
Des supports visuels sur le traitement et le stockage sûrs de l'eau domestique ainsi que les pratiques sûres en matière d'hygiène et d'assainissement ont été préparés, pré-testés, imprimés et entreposés. Les dispositions nécessaires ont été prises pour leur impression à grande échelle. Ils doivent comprendre les documents destinés au dossier de presse.	
Un dossier/module de formation à la communication interpersonnelle à l'intention des agents communautaires et des bénévoles est disponible. Il porte sur le traitement et le stockage sûr de l'eau domestique ainsi que sur les pratiques sûres en matière d'assainissement et d'hygiène aptes à prévenir le choléra.	
Des agents communautaires ont été formés ou bien un accord a été conclu avec une ONG pour former les agents communautaires/bénévoles à la prévention avant la saison du choléra ou le plus tôt possible après le début d'une épidémie.	
Des accords relatifs à des activités communautaires de communication sur la prévention et la riposte au choléra ont été signés/rédigés avec des ONG, des organisations communautaires ou d'autres partenaires . Ces activités sont notamment : le porte à porte, les discussions de groupe, l'identification de déviants positifs, le dialogue au sein de la communauté et les activités participatives visant à promouvoir des pratiques sûres, la mobilisation des réseaux existants ou toute autre intervention pertinente.	
Des accords ont été signés avec des associations religieuses/chefs coutumiers : ils visent à promouvoir le traitement et le stockage sûr de l'eau domestique ainsi que des pratiques sûres en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement aptes à prévenir le choléra dans les communautés.	
Des accords ont été signés avec des médias de proximité (radios locales) concernant les activités telles que la diffusion de messages clés/jingles sur le traitement et le stockage sûrs de l'eau domestique, les pratiques sûres en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement ainsi que des émissions participatives (exemple : tables rondes avec des agents communautaires, des chefs religieux, des champions issus des communautés).	
Des accords sont signés/rédigés avec les médias de masse concernant l'information publique et les autres émissions, notamment l'identification de leaders/célébrités nationaux pour promouvoir les comportements clés.	
Un porte-parole a été désigné et initié/formé .	


¹ Adapté de C4D UNICEF Jamaïque

Voici quelques exemples des différents types d'activités et voies de communication utilisés pendant la riposte au choléra.

Méthodologie de communication dans le cadre de la riposte au choléra

Média	Voie de communication	Description	Commentaires
Médias grand public 	Spot radio	Informations brèves et succinctes sur le choléra s'appuyant généralement sur la musique, le théâtre ou l'humour pour attirer l'attention ; répétitions fréquentes des informations.	<p>Lors de la première phase d'une riposte, les médias grand public sont un outil très utile pour informer un maximum de personnes, dans le délai le plus court possible.</p> <p>Les spots radio, les SMS et les émissions d'information peuvent généralement être produits et diffusés rapidement.</p> <p>Il faut réfléchir aux stations/chaînes concernées, aux populations qu'elles desservent et au moment de la journée le plus favorable à la diffusion. Par exemple, certains groupes (dont de nombreuses femmes) n'ont pas accès à des postes de radio et d'autres groupes spécifiques n'écoutent/ ne regardent pas certaines stations/chaînes.</p>
	Programme radio	Plusieurs formats ciblant différents publics, mais tous centrés sur le choléra : émission de débat, tribune téléphonique, bulletin d'information, etc.	
	Émission d'information	Informations spécifiques sur le choléra portant sur les actions de riposte que le grand public peut entreprendre, diffusées à la télévision ou à la radio.	
	Système de messages courts (SMS)	Rappels incitant les personnes à adopter certains comportements, comme le lavage des mains au savon, ou informations sur les centres de traitement.	
	Programme télévisé	Plusieurs formats ciblant différents publics : émission de débat, bulletin d'information, documentaire, etc.	
	Séance de cinéma / groupe de production vidéo mobile	Diffusion d'un film populaire et communication d'informations sur la prévention et le traitement du choléra avant la projection, ou diffusion d'un film portant spécifiquement sur le choléra. Les vidéos peuvent également être projetées grâce à un groupe de production vidéo mobile, qui passe de village en village.	
Communication interpersonnelle 	Visites à domicile	Recours à des agents de proximité comme les agents de santé communautaire, les agents de mobilisation, les volontaires de la Croix-Rouge ou les agents de vulgarisation, etc. pour rendre visite aux personnes à leur domicile, leur communiquer des informations et les soutenir.	<p>Les agents de proximité auront besoin d'une formation pour centrer leurs actions spécifiquement sur le choléra.</p> <p>Faites en sorte que les informations soient les plus pratiques possible et identifiez les obstacles à la mise en œuvre des actions conseillées.</p> <p>Suivi et appui aux besoins de formations, notamment dans le cadre de la formation de formateurs.</p> <p>Les visites à domicile peuvent être particulièrement utiles pour toucher les membres les plus vulnérables de la communauté.</p>
	Séances de formation/ information	Elles peuvent être de durée variable (quelques heures ou quelques jours) et destinées à des publics cibles différents : professionnels de santé, responsables communautaires ou religieux, journalistes, etc. Il peut s'agir de formation de formateurs (ToTs), qui formeront ensuite d'autres personnes.	
	Discussions de groupe	Petits groupes de discussion (jusqu'à 15 personnes) au sein desquels les participants peuvent poser des questions. Possibilité d'utiliser des méthodes interactives, comme celle des « trois piles » ou des démonstrations, afin d'encourager les personnes à prendre la parole.	

Média	Voie de communication	Description	Commentaires
Lieux/médias traditionnels ou locaux 	Musique/chansons	Elles peuvent être utilisées de différentes façons : chanson sur le thème du lavage des mains au savon, spectacle musical destiné à rassembler la population puis à communiquer des informations sur le choléra.	<p>Réfléchir à des lieux particuliers de divertissement ou de détente fréquentés par une grande partie de la population : matchs de football ou de cricket, combats de boxe, salons de coiffure, à proximité des marchés, etc.</p> <p>Assurer le suivi nécessaire pour veiller à ce que des informations correctes soient communiquées.</p>
	Théâtre	La pièce doit porter sur le thème du choléra et peut être jouée au sein de la communauté dans des lieux où celle-ci a l'habitude de se rassembler (à proximité des marchés, dans des lieux de rencontre communautaires) ; possibilité d'y communiquer des informations sur le choléra avant les autres spectacles.	
	Marionnettes	Comme pour le théâtre, mais à l'aide de petites ou grandes marionnettes destinées à des tranches d'âge diverses.	
	Contes	Comme ci-dessus, avec ou sans accessoires.	
	Réunions communautaires	Il s'agit généralement de réunions importantes organisées par des responsables influents de la communauté. Certaines personnes pourront avoir l'impression de ne pas être en mesure de donner leur opinion de façon équitable.	
Méthodes participatives 	Clubs de santé communautaires	Ces clubs portent généralement sur des actions d'entraide que le groupe peut entreprendre et proposent de soutenir, de motiver, voire de former, les participants sur différents sujets relatifs à la santé.	<p>Si les clubs de santé existent déjà, il sera peut-être nécessaire de réorienter leur action afin qu'elle porte sur le choléra plutôt que sur la santé en général.</p> <p>Il sera peut-être nécessaire d'adapter les méthodes PHAST afin qu'elles portent plus spécifiquement sur les sujets prioritaires liés au choléra (l'approche PHAST intégrale est chronophage : au cours d'une épidémie, seules certaines méthodes pourront être utilisées).</p> <p>Ces méthodes nécessitent généralement des qualités d'animation (notamment les CLTS/PLA) et un suivi régulier.</p> <p>Il faudra du temps pour que cela porte ses fruits auprès des communautés et des groupes.</p>
	Clubs de santé scolaires	Comme ci-dessus, mais souvent gérés par des enseignants ou des animateurs jeunesse en dehors des heures de classe. Ils doivent identifier des actions pratiques que les enfants peuvent entreprendre pour améliorer l'hygiène à l'école ou au sein de la communauté.	
	CLTS / CATS	Les approches communautaires, ou pilotées par la communauté, des programmes d'assainissement total (CLTS ou CATS) s'appuient sur la pression exercée par les pairs et d'autres facteurs clés de motivation pour renforcer l'utilisation des installations d'assainissement.	
	Méthodes PHAST	Les méthodes du processus participatif pour la modification des comportements en matière d'hygiène et d'assainissement (PHAST, hors approche étape par étape), comme l'activité des trois piles ou les tableaux d'affichage collectif, peuvent être utilisées pour stimuler la discussion avec les groupes de la communauté. L'objectif est de permettre à ces groupes d'identifier des actions spécifiques qu'ils peuvent entreprendre eux-mêmes pour lutter contre le choléra.	
	PLA	Les méthodes d'apprentissage et d'action participatives (PLA), comme la cartographie de la communauté, permettent d'encourager une discussion et une prise de conscience vis-à-vis des risques liés au choléra et ont pour objectif d'encourager les groupes à mettre en œuvre des actions définies par eux-mêmes.	

Média	Voie de communication	Description	Commentaires
Petits médias  (Source : Ministère de la Santé, Ouganda)	Autocollants	Diffusion d'informations sur le choléra. Ils sont généralement destinés aux enfants et censés servir de rappel pour inciter à agir.	Il faut s'assurer qu'une part raisonnable de la population sait lire et pourra déchiffrer à la fois le texte et les images sur les affiches, plaquettes ou autocollants destinés aux membres de la communauté. La phase de test avant diffusion est importante. Les plaquettes d'information peuvent être très utiles auprès de groupes cibles spécifiques ayant un rôle d'éducation et de promotion : enseignants, responsables communautaires, professionnels de santé, etc. Cela permet de veiller à la diffusion d'informations cohérentes dans le cadre des démarches de prévention, de préparation ou de riposte. Veiller à ne pas délivrer trop d'informations sur une même affiche. Les tee-shirts et casquettes servent presque uniquement à identifier les agents de proximité et il est peu probable qu'ils incitent à une évolution des comportements.
	Affiches	Distribution d'informations sur le choléra. Elles sont souvent utilisées comme rappel pour inciter à agir, mais peuvent également servir de supports d'information, par exemple concernant les lieux de traitement.	
	Prospectus	Informations sur le choléra. Les personnes peuvent les emporter pour les consulter plus tard à la maison. Les prospectus peuvent aussi être utilisés auprès de différents groupes cibles : responsables communautaires, vendeurs de produits alimentaires, enseignants, professionnels de santé, etc.	
	Tee-shirts et casquettes	Des slogans de prévention du choléra y sont imprimés.	
	Mégaphones	Diffusion d'informations par porte-voix à l'extérieur, à des endroits accueillant de grands rassemblements.	

Prévention du choléra

Résultats clés	Messages importants	Actions/comportements	Exemples de messages motivants
Les personnes consomment l'eau potable mise à leur disposition	Ne buvez que de l'eau potable.	Utilisez uniquement de l'eau bouillie (portée à ébullition) ou traitée (filtrée ou chlorée) pour boire, préparer des jus de fruits et des glaçons.	Protégez vos enfants : faites bouillir toute l'eau potable.
		Utilisez de l'eau potable provenant de sources d'eau protégées (p. ex. : canalisation, puits couvert, forage ou pompe à main).	
		Stockez l'eau traitée de façon sûre dans un contenant fermé, équipé d'un robinet ou d'un bec-verseur. Pour éviter toute contamination, n'introduisez pas vos mains ou des objets dans l'eau stockée.	
Les foyers, communautés et institutions ainsi que les points de vente alimentaires appliquent les règles d'hygiène alimentaire	Préparez les repas en toute sécurité.	Lavez-vous les mains à l'eau et au savon avant et après la préparation des repas.	Accepteriez-vous de la nourriture préparée par quelqu'un qui ne se lave pas les mains après être allé aux toilettes ? Moi, non ¹ .
		Servez toujours la nourriture cuite tant qu'elle est chaude, y compris les aliments réchauffés.	
		Avant consommation, lavez tous les fruits et légumes consommés crus à l'aide d'une eau potable traitée ou d'une solution chlorée destinée au traitement de l'eau.	
		Couvrez toutes les denrées alimentaires pour les protéger des mouches et des autres insectes.	
		Lavez tous les ustensiles à l'eau chaude savonneuse, séchez-les et stockez-les dans un endroit sûr.	
		Installez des lave-mains dans les restaurants et cantines et incitez à leur utilisation.	Prendrez-vous votre repas l'esprit tranquille si vous ne vous êtes pas lavé les mains ?
		Vendez uniquement des fruits ou légumes entiers non pelés.	
Les nourrissons consomment des aliments liquides et solides sans risque	Protégez vos enfants en les alimentant en toute sécurité.	Allaitez exclusivement les bébés de moins de 6 mois.	Je fais ce qu'il y a de mieux pour mon bébé : et vous ?
		Continuez à allaiter les nourrissons plus âgés tout en leur offrant d'autres aliments préparés de façon hygiénique.	
		En cas d'utilisation de lait maternisé, veillez à ce qu'il soit préparé de façon hygiénique avec de l'eau salubre (faire attention à la température pour éviter des brûlures accidentelles).	
		Lavez-vous les mains à l'eau et au savon avant et après avoir donné à manger aux enfants.	

Résultats clés	Messages importants	Actions/comportements	Exemples de messages motivants
Il n'y a pas d'excréments dans l'environnement parce que la population les élimine de façon sûre	Éliminez toutes les selles de façon sûre (évacuation dans des latrines ou enfouissement).	Utilisez toujours des latrines ou des toilettes.	Isn't it time to make the right choice? Use a latrine – you know it makes sense.
		En l'absence de latrines, enterrez toutes les selles, y compris celles des bébés et des enfants.	
		Installez des lave-mains à côté des latrines et utilisez-les systématiquement en sortant.	Vous êtes-vous déjà inscrit pour faire bouger les choses ? Ne ratez pas cette occasion !
		Veillez à ce qu'il existe un système spécifique de nettoyage de toutes les latrines publiques.	
		Veillez à ce que les blocs de latrines soient nettoyés et réparés rapidement (institutions).	
Les personnes se lavent les mains au savon et à l'eau aux moments critiques	Lavez-vous les mains à l'eau et au savon.	Lavez-vous les mains au savon et à l'eau aux moments critiques : <ul style="list-style-type: none"> • à la sortie des toilettes ; • après avoir nettoyé les fesses d'un enfant ; • avant de manger ; • avant de nourrir un enfant ; • avant de préparer les repas ; • avant de manipuler de l'eau ; • après avoir prodigué des soins à une personne malade ou décédée 	De plus en plus de personnes utilisent du savon – et vous ² ?
		S'il n'y a pas de savon, utilisez des cendres	
		Laissez vos mains sécher à l'air libre (pas de serviette ni de tissu).	
		Installez des lave-mains dans tous les lieux publics.	
L'hygiène environnementale est respectée sur les marchés et dans les autres lieux publics	Veillez à la propreté de l'environnement sur les marchés et dans les autres lieux publics.	Ne jetez pas d'ordures dans les canalisations.	Aidez-nous à vous aider à ne plus manger de la merde ! Jetez vos sacs dans la bonne poubelle !
		Jetez les ordures dans les poubelles prévues à cet effet.	
		Ne jetez pas les « toilettes volantes » (sacs en plastique contenant des excréments) dans les canalisations publiques : utilisez les poubelles spécialement prévues à cet effet.	

7 Communication dans le cadre de la préparation et de la riposte au choléra

RIPOSTE AU CHOLÉRA : inclure les résultats précédents le cas échéant, ainsi que les suivants :

Résultats clés	Messages importants	Actions/comportements	Exemples de messages motivants
Les enfants et les adultes qui souffrent de diarrhées et de vomissements sont réhydratés efficacement	Il est essentiel d'être bien hydraté. Les liquides organiques perdus doivent être récupérés.	Donnez des SRO préparés avec de l'eau salubre à toute personne souffrant de diarrhées ou de vomissements.	Tout le monde y a recours : ne passez pas à côté.
		En l'absence de SRO, continuez à administrer à la personne un autre liquide de réhydratation approuvé par le gouvernement (solution sucrée-salée, ou SRO à base de riz) ou simplement de l'eau (qui n'est pas un traitement, mais ralentira la déshydratation).	
		En cas de diarrhée aqueuse fréquente ressemblant à de l'eau de riz ou de vomissements, il est possible que vous ayez le choléra. Ne paniquez pas. Le choléra se soigne. Rendez-vous immédiatement chez un médecin ou dans un cabinet médical. Buvez autant que possible sur le trajet. Pour plus d'informations, contactez XXX ³ .	Devenez un super-héros : sauvez une vie aujourd'hui !

Résultats clés	Messages importants	Actions/comportements	Exemples de messages motivants
Les ménages savent où se procurer des SRO et comment les préparer et les utiliser	Les SRO peuvent contribuer à éviter la déshydratation et le décès.	On trouve des sachets de SRO dans la plupart des boutiques, des marchés et des pharmacies.	
		<p>Pour utiliser un sachet de SRO, procédez de la façon suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavez-vous les mains au savon (ou à l'aide de cendres) et à l'eau avant de préparer le mélange. 2. Videz le contenu d'un sachet de SRO dans un récipient propre et couvert. Ajoutez un litre d'eau propre et remuez. Si l'on n'ajoute pas assez d'eau, on risque d'aggraver la diarrhée. 3. Ajoutez uniquement de l'eau. Ne pas mélanger les SRO avec du lait, de la soupe, du jus de fruit ou des boissons gazeuses. Ne pas rajouter de sucre. 4. Mélangez bien et buvez-le/donnez-le à boire à l'enfant en utilisant une tasse propre. Ne pas utiliser de biberon. Donnez un verre de cette préparation après chaque épisode de diarrhée. 5. Stockez de façon sûre le mélange de SRO ainsi préparé, qui peut être utilisé dans les 24 heures suivant sa fabrication. Passé ce délai, le mélange restant doit être jeté⁴ 	Un bon parent tel que vous sait quoi faire lorsque ses enfants sont malades.
Les ménages n'ont pas honte d'attraper le choléra et recherchent rapidement de l'aide	Il n'y a pas à avoir honte du choléra.	N'ayez pas peur ou honte du choléra. Le choléra se traite bien si vous bénéficiez rapidement d'une prise en charge médicale. Pour savoir où se trouve le centre de traitement du choléra le plus proche, contactez XXX ⁵	Ça peut vous arriver : rendez-vous rapidement dans un centre de traitement !
Les objets contaminés par des vomissures et déjections sont désinfectés en toute sécurité	Désinfectez les espaces et les matériaux souillés par des selles et des vomissures.	Désinfectez les parties des sols ou des meubles souillées par des vomissures ou des selles à l'aide d'eau et de chlore, ou d'eau savonneuse.	Vous pouvez faire bouger les choses : demandez conseil aux personnes qui savent.
		Lavez les vêtements et les draps des personnes victimes de diarrhées et de vomissements à l'eau chlorée ou faites-les bouillir, puis sécher au soleil.	
		Ne lavez pas les vêtements ou draps souillés dans des sources d'eau en libre accès ou à proximité de sources d'eau améliorées. Si le véhicule servant à transporter un malade dans un établissement de santé est souillé, lavez-le avec de l'eau et du chlore.	
Toutes les précautions pour empêcher la transmission du choléra sont prises lors des funérailles et dans la manipulation des cadavres	Assurez la sécurité des personnes lors des funérailles.	Dans la mesure du possible, évitez de servir de la nourriture lors des funérailles.	
		Si de la nourriture est servie, les personnes qui préparent le corps ne doivent pas être celles qui préparent la nourriture.	
		<p>Pendant une épidémie de choléra, toutes les personnes assistant à des funérailles doivent se laver les mains avec du savon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à la sortie des latrines ; • après avoir touché un corps s'il s'agit d'une coutume importante ; • avant de manger ou de boire. 	Ne mettez pas vos invités en danger : mettez à disposition de l'eau et du savon pour le lavage des mains et assurez-vous qu'ils les utilisent.
		Des lave-mains dotés de savon sont mis à disposition et chacun est invité à les utiliser.	
Les foyers et les institutions sont en mesure de mettre en œuvre de bonnes pratiques d'hygiène et d'utiliser efficacement les SRO	Utilisez correctement les produits non alimentaires/fournitures.	Utilisez les fournitures/produits non alimentaires destinés à améliorer l'hygiène. Si des produits de traitement de l'eau à domicile sont fournis, délivrez les informations nécessaires et assurez-vous que la population sait comment les utiliser.	Voir ci-dessus.
		Préparez les SRO à l'aide d'eau salubre lorsqu'une personne souffre de diarrhées et de vomissements.	

1 Issu de la campagne SHARE de promotion du lavage des mains au savon : pourquoi ça marche et comment s'y prendre, consultable sur www.choosesoap.org

2 Ibid

3 Extrait de la bibliothèque de messages INFOASID : : infoasid.org/message-library

4 Ibid

5 Ibid

La compréhension des croyances et des perceptions des communautés est essentielle à une communication efficace. Des discussions en groupe et des entretiens peuvent être organisés pour établir quelles sont ces croyances, mais il faut surtout que les animateurs soient capables de gagner la confiance des membres de la communauté et d'écouter leurs préoccupations sans porter de jugement.

Répercussions psychosociales de l'épidémie de choléra en Haïti en octobre 2010¹

Croyances fréquemment exprimées par les Haïtiens suite à l'épidémie de choléra :

- C'est un poison amené par les étrangers pour nous diviser.
- C'est une maladie amenée par les étrangers pour nous exterminer et prendre nos terres.
- Le choléra n'existe pas dans notre pays. C'est autre chose qui nous tue.
- C'est une maladie amenée par les ONG pour obtenir davantage d'argent.
- À chaque fois que des élections sont organisées dans notre pays, une maladie survient. C'est politique. C'est fait pour détourner notre attention.
- C'est une punition de Dieu.
- C'est un nouveau signe divin (en plus du tremblement de terre) que la fin du monde approche.
- « Mikwob pa touye ayisyien » : les microbes ne tuent pas les Haïtiens.
- Kolera powder (croyance selon laquelle les fidèles vaudous ont mis au point une poudre qui contamine l'eau avec le choléra).

Ces croyances ont notamment eu les conséquences suivantes :

- Le sentiment le plus courant et le plus répandu envers le choléra a été la peur.
- Les personnes cholériques ont ressenti de la honte et ont souffert de stigmatisation, voire de rejet par leurs propres communautés, et ont parfois subi de violentes agressions.
- On a observé des confusions quant à l'intérêt et à l'utilisation des SRO et du chlore domestique comme traitements préventifs du choléra. On a par exemple recensé des cas d'ingestion directe de chlore destinée à éviter le choléra.
- On a également observé une peur importante lors de la mise en place de CTC, la population craignant que cela ne propage le choléra dans la zone concernée.
- Certaines personnes ont mal compris les protocoles de traitement et ont perdu confiance dans les équipes médicales lorsqu'elles ne délivraient pas d'antibiotiques.
- Le corps des personnes décédées du choléra a inspiré la peur, ce qui a eu des conséquences sur le processus de deuil et a parfois mené à l'abandon du corps.
- Les gens ont commencé à croire que des prêtres vaudous répandaient la maladie et 45 fidèles du culte vaudou ont été assassinés.
- Les ONG et les CTC ont également subi des violences. Une ONG a vu ses tentes incendiées par la population locale parce qu'elle prévoyait d'ouvrir un CTC dans le secteur.

¹ Grimaud, J et Legagneur, F, Community beliefs and fears during a cholera outbreak in Haiti, (2011) Intervention, 9(1), pp. 026-034 ; et le Programme de soutien psychosocial de la Croix-Rouge haïtienne, Facing cholera: Psychosocial support response to the outbreak, présentation PowerPoint

Le tableau suivant présente d'autres idées fausses liées au choléra, répandues dans différents pays.

Croyances et idées fausses répandues pouvant avoir des conséquences sur la transmission et le contrôle du choléra

Croyance	Réponse factuelle conseillée
Les selles des bébés ne peuvent pas être infectées.	Les selles des bébés et des jeunes enfants sont souvent les plus dangereuses car elles peuvent présenter une plus grande concentration d'agents pathogènes.
L'état du patient va s'aggraver s'il se rend au CTC et se mêle à d'autres patients malades.	Il faut veiller à se laver les mains et à éliminer les vomissures et excréments de façon sûre. Des mesures de précaution au sein du CTC doivent éviter la propagation de l'infection d'un patient à un autre. Les médecins et le personnel infirmier des CTC contractent rarement le choléra malgré leurs contacts très étroits et permanents avec les patients. Une fois arrivé au CTC, un patient a beaucoup plus de chances d'être traité avec succès.
Une mère qui allaite et qui a des relations sexuelles va transmettre le choléra à son enfant.	Le vibron du choléra ne se transmet pas par le lait maternel. Les rapports sexuels vaginaux n'ont aucune conséquence sur la transmission de la maladie.
Les SRO servent à traiter la diarrhée et s'ils ne font pas effet tout de suite, il vaut mieux arrêter de les prendre.	Les SRO contribuent à la réhydratation des patients souffrant de diarrhées. Leur effet n'est pas immédiat et ils doivent être administrés à chaque fois que le patient va à la selle. Si une personne vomit, de petites quantités de SRO doivent tout de même lui être administrées, car une partie des liquides sera absorbée. Si le patient perd beaucoup de liquides et souffre de déshydratation sévère, il peut avoir besoin d'une perfusion en IV au lieu des SRO et doit se rendre le plus rapidement possible dans un établissement de santé.
Le choléra est provoqué par le non-respect de certains rites et cérémonies.	Le choléra est uniquement provoqué par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés. Les rites et cérémonies peuvent apaiser les craintes des personnes durant une épidémie mais n'ont rien à voir avec la transmission de la maladie, qu'ils aient lieu ou non.
Le choléra est une malédiction de Dieu ou un acte de sorcellerie commis par des ennemis malveillants.	Tout le monde est vulnérable face au choléra, mais chacun peut agir pour l'éviter. La sorcellerie ne peut ni guérir, ni provoquer le choléra. L'hygiène est très importante dans l'islam et le Coran y fait référence à de nombreuses reprises.
La présence d'acide dans les canalisations d'eau a provoqué l'épidémie de choléra.	S'il y avait de l'acide dans les canalisations d'eau, cela contribuerait sans doute à tuer la bactérie du choléra. En cas de présence d'acide, les personnes présenteraient des symptômes différents.
Le personnel infirmier et médical va reprocher au patient d'être malade.	Les membres du personnel infirmier et médical qui reprochent au patient d'être malade ne font pas correctement leur travail et trahissent le serment d'Hippocrate : une plainte doit être déposée à leur encontre. Malheureusement, les membres du personnel infirmier et médical restent des êtres humains et peuvent porter des jugements de valeur. Eux-mêmes sont également exposés au risque de choléra.

Il peut être contre-productif de rejeter purement et simplement des croyances bien ancrées et les personnes risquent de ne plus vouloir s'exprimer si elles ne se sentent pas écoutées. Il vaut mieux écouter attentivement et souligner les éventuelles croyances ou pratiques positives.

Une fois que les personnes ont été autorisées à partager et à échanger leurs idées, l'animateur peut commencer à leur soumettre d'autres propositions et recommandations dans une atmosphère cordiale.

Pratiques culturelles potentiellement dangereuses vis-à-vis du choléra

- L'inhumation doit avoir lieu près d'une source d'eau.
- Tous les orifices corporels doivent être nettoyés, y compris la bouche, la gorge et l'orifice anal.
- Il est important de toucher ou d'embrasser le corps d'une personne décédée

Ces pratiques ne sont toutefois dangereuses que si le vibron du choléra contamine de l'eau potable ou de la nourriture, qui sont ensuite ingérées par la communauté.

Exemples de stratégies de réponse aux croyances et besoins psychosociaux

La Croix-Rouge haïtienne a mis en place différentes stratégies pour faire face aux croyances et aux besoins psychosociaux des populations et aux difficultés qui en découlent, parmi lesquelles :

- Des discussions de groupe portant sur les croyances et perceptions ont été organisées et animées par des volontaires psychosociaux qualifiés. Elles s'appuyaient sur un processus permettant de ne pas dénigrer les croyances, mais de les exploiter afin d'établir la confiance et de mettre en place une relation avec les participants.
- Un processus de médiation des conflits a été engagé avec les communautés et a permis de faire accepter l'ouverture d'un CTC, grâce à la mise en place d'un comité communautaire impliqué dans la gestion du CTC.
- Des volontaires étaient présents pour assurer la médiation des conflits avec les communautés et pour aider à la réintégration des patients cholériques au sein de leurs familles.
- Des séances de formation et de groupe avec des prêtres vaudous ont été animées.
- Un groupe de 70 journalistes a bénéficié d'une sensibilisation aux aspects psychosociaux du choléra.
- Des émissions de radio ont souligné l'importance des aspects psychosociaux du choléra.
- Des premiers soins psychologiques ont été proposés aux patients souffrant du choléra. Les agents de santé communautaires et autres prestataires de services ont pu être formés aux premiers secours psychologiques (PSP).
- Les réseaux sociaux d'enfants, d'hommes et de femmes ont été redynamisés.
- L'orientation des personnes vers les services sociaux et de protection a été facilitée.
- La possibilité de créer un dispositif d'orientation des personnes nécessitant une prise en charge spécialisée a été envisagée.
- Des réunions avec les familles ont été organisées au CTC.
- Une tente servant de chapelle ardente a été érigée dans le CTC afin que les membres de la famille puissent passer un peu de temps avec leurs proches décédés et leur dire adieu avant l'inhumation.

Cette annexe sert de support pédagogique et apporte un complément d'information à [la section 7.4](#).

Exemples de groupes clés à intégrer dans la communication :

Enfants d'âge scolaire

Les enfants sont un groupe cible important dans la communication autour du choléra et grâce à leur curiosité et à leur adaptabilité, il leur semblera peut-être plus facile de modifier leurs pratiques ou leurs comportements. Ils peuvent également contribuer à influencer leurs parents ou aînés, même s'il est important de ne pas leur imposer des exigences trop lourdes et de reconnaître leurs fragilités, leurs capacités et leurs limites. Les activités de communication autour du choléra peuvent être menées directement auprès des enfants à l'école ou bien au sein de la communauté. À défaut, les enseignants peuvent être formés à aborder le choléra et les moyens de prévention avec leurs élèves.

La mobilisation du ministère de l'Éducation et des directeurs d'école sera essentielle dans la planification de toute activité de ce type. L'idéal serait d'intégrer ces activités dans les programmes scolaires pendant la phase de préparation au choléra. Toutefois, les écoles pourront privilégier l'identification de comités sur le choléra et l'élaboration de plans d'action pendant la riposte. La protection des enfants dans le cadre scolaire, qui inclut la mise à disposition d'eau potable et d'installations d'assainissement et de lavage des mains adaptées, ainsi que le respect scrupuleux des règles d'hygiène dans la préparation et la fourniture des repas, doit être obligatoire. En outre, les écoliers peuvent jouer un rôle moteur et encourager leurs parents à améliorer leurs pratiques domestiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Institutions religieuses

De nombreuses religions, dont l'islam et le christianisme, valorisent largement la propreté et l'hygiène. Les religions islamiques exigent que les mains des fidèles soient lavées à l'eau courante et imposent des règles strictes en matière d'hygiène, sur lesquelles les efforts de communication peuvent s'appuyer. Les responsables religieux auront cependant besoin d'être orientés, soutenus et formés afin de veiller à ce qu'ils comprennent les informations clés dont leurs congrégations ont besoin pour atténuer les conséquences négatives d'une épidémie de choléra.

Comment mobiliser les communautés

- Rendez visite à la communauté et intégrez certains membres clés à une évaluation rapide des facteurs de risques de choléra et des facteurs qui empêchent les personnes d'agir. Entamez un processus d'évaluation de la dynamique communautaire et sociale.
- Identifiez les responsables officiels et non officiels, tout en reconnaissant qu'ils ne représentent pas forcément toute la communauté. Essayez d'identifier d'autres responsables : anciens, responsables religieux, responsables de groupes de femmes ou de jeunes, etc.
- Pensez à intégrer les écoles primaires et secondaires ainsi que les institutions religieuses dans la mobilisation et demandez-leur de réfléchir aux moyens leur permettant de mobiliser les membres de la communauté.
- Organisez des réunions communautaires par les voies officielles afin d'aborder le sujet et de solliciter des propositions concernant la marche à suivre. Préparez des idées et des propositions, mais ne les imposez pas aux participants et permettez-leur de s'exprimer.
- Donnez des exemples d'autres communautés qui ont réussi à s'organiser, par exemple en mettant en place des comités communautaires sur le choléra ou des équipes spéciales chargées de missions et de responsabilités spécifiques.
- Encouragez les personnes à apprécier leurs projets et réussites en matière de sensibilisation et de contrôle du choléra.
- Continuez à évaluer la dynamique communautaire, les autres voies de communication et les populations ou individus susceptibles d'être exclus des réunions générales.
- Sollicitez de l'aide au sein même de la communauté pour en identifier les membres particulièrement vulnérables et veillez à ce qu'ils bénéficient également des actions de lutte contre le choléra.
- Laissez les responsables assumer leur rôle plutôt que de contrôler l'ensemble du processus.
- Proposez des formations et des ressources, par exemple des supports visuels ou des plaquettes, quand les moyens le permettent.
- Continuez à apporter un soutien et une assistance les plus réguliers possibles et à écouter les préoccupations de la communauté.
- Mobilisez les communautés et les groupes dans le suivi de leurs propres actions.

Comment élaborer des plans d'action communautaire

- Rencontrez les responsables communautaires et les personnes influentes pour aborder la situation et la manière dont leurs actions permettent d'influencer les autres membres de la communauté. Partagez avec eux les informations dont vous disposez sur le lavage des mains au savon et le traitement de l'eau domestique et demandez-leur de faire part de leurs propositions et recommandations.
- Proposez des démonstrations aux personnes influentes, par exemple de construction d'un « tippy tap » (lave-mains rudimentaire) ou d'utilisation de chlore pour le traitement de l'eau.
- Rencontrez différents groupes de la communauté pour évoquer le problème du choléra. Demandez-leur de réfléchir à ce qu'ils peuvent faire pour contribuer à résoudre ce problème.
- Organisez des évaluations communautaires des pratiques relatives à l'hygiène, à l'eau et à l'assainissement et veillez à ce que des réunions soient organisées pour discuter des résultats. Hiérarchisez les difficultés par ordre de priorité et sollicitez des propositions de moyens permettant d'y remédier.
- Appuyez-vous sur une cartographie de la communauté afin d'identifier les lieux problématiques : sources d'eau potable à l'air libre, fuites dans les canalisations d'eau, canalisations bouchées, etc. La démarche de visualisation contribue souvent à motiver l'action de la communauté.
- Demandez à ce que certains s'engagent publiquement à contribuer à lutter contre l'épidémie et faites en sorte que les personnes influentes s'engagent en priorité dans des actions pratiques.
- Utilisez les idées suivantes pour inciter les personnes à s'impliquer :
 - Tracez une ligne au sol ou sur une grande feuille de papier et numérotez-la de un à dix. Demandez aux personnes d'évaluer l'importance de la lutte contre le choléra sur une échelle de un à dix, dix correspondant à « très important ».
 - Si elles indiquent moins de 10, demandez-leur pourquoi et ce qu'il faudrait faire pour qu'elles choisissent la note la plus élevée.
 - Selon le même principe, demandez-leur quel est leur degré de confiance quant à leur capacité de contribuer à la lutte contre l'épidémie, toujours sur une échelle de un à dix. Demandez-leur les raisons pour lesquelles elles n'ont pas indiqué 10 et ce qui pourrait les faire changer d'avis.
 - Continuez à étudier la question et orientez les participants afin qu'ils identifient les actions qu'ils peuvent entreprendre.
 - Organisez des visites entre villages afin de partager les expériences d'élaboration de plans d'action et ce qui a fonctionné.
 - Lorsque les ressources le permettent, organisez des concours pour récompenser les villages, communautés ou groupes qui ont atteint leurs objectifs.
- Évitez d'imposer des idées aux personnes ou de leur dicter la voie à suivre : vous êtes animateur et non éducateur !

Résolution des problèmes - gestion des obstacles à une eau de qualité, à l'assainissement et aux pratiques d'hygièneⁱ

Que faire si :	Suggestion
Les personnes se plaignent du goût du chlore	Vérifiez que la quantité de chlore utilisée est correcte par rapport à la quantité et à la turbidité de l'eau. Expliquez qu'il s'agit d'une mesure temporaire et parlez de l'importance de la prévention de la diarrhée aqueuse aiguë et du choléra, en particulier chez les jeunes enfants et les bébés, même si les adultes refusent de boire cette eau. Envisagez d'utiliser d'autres méthodes éprouvées de traitement de l'eau : floculation-chloration, filtres en céramique ou filtres biologiques, désinfection solaire et ébullition. Voir les annexes 9A et 9B sur les questions relatives au traitement et à l'approvisionnement en eau, incluant les recommandations sur la chloration.
Les personnes n'aiment pas le goût de l'eau bouillie	Suggeriez-leur de transvaser l'eau plusieurs fois à l'aide de deux contenants propres ou de bien secouer l'eau dans une bouteille. L'ajout d'une toute petite pincée de sel peut également redonner un goût normal à l'eau.
Les personnes déclarent ne pas avoir de savon	Suggeriez-leur de laisser un petit bol de cendre près des lave-mains et de l'utiliser à la place du savon. Le lavage des mains peut également être effectué à l'aide de sable, de feuilles de citronnier ou de graines de haritha (Tanzanie).
Les personnes se plaignent de l'odeur des latrines	Suggeriez-leur de ramasser une grande quantité de cendre et de la verser sur les excréments. Utilisez des tuyaux d'aération équipés de grillages anti-mouches pour réduire les odeurs.
Les membres d'une même famille ne peuvent pas partager les mêmes latrines	Évoquez ce problème en petits groupes et demandez aux participants de faire des propositions pour le résoudre : par exemple, deux latrines partagées par deux familles, afin que certains membres n'aient pas à partager avec d'autres.
Les personnes pensent que le choléra est un acte de sorcellerie	Intéressez-vous plutôt aux facteurs pouvant motiver une évolution des comportements. Il n'est pas toujours nécessaire que les personnes comprennent la maladie sur le plan scientifique pour prendre la décision de changer. Elles peuvent être motivées par d'autres facteurs que l'amélioration de leur santé, comme le dégoût d'être amenées à « manger » des excréments si elles ne se lavent pas les mains (comme dans le cas de la méthodologie CLTS).
Les selles des enfants ne sont pas dangereuses	De nouveau, les personnes peuvent croire que les selles des enfants ne transmettent pas la maladie, tout en refusant quand même de les « manger » ! Arrachez un de vos cheveux (l'équivalent d'une patte de mouche), passez-le sur les selles d'un enfant et plongez-le dans une bouteille d'eau. Demandez ensuite si quelqu'un veut boire cette eau !
Les personnes n'aiment pas se laver les mains au savon avant de manger car cela donne un goût différent à la nourriture	Suggeriez-leur d'utiliser une marque de savon au parfum neutre et de bien rincer leurs mains lors du lavage. Expliquez que ne pas se laver les mains au savon peut signifier qu'elles mangent les selles d'une autre personne en même temps que leur savoureux repas.

ⁱ Groupe de coordination des secours d'urgence du secteur WASH, République-Unie de Tanzanie (2011, dernière ébauche) *Tanzania hygiene communication in emergencies guidelines – Toolkit E; United Republic of Tanzania, water, sanitation and hygiene (WASH) emergency preparedness and response toolkits for use on the Mainland and in Zanzibar*

Pour une version imprimable de ce modèle, [cliquer ici](#)



Activité	Description	Public cible	Échéance	Personne responsable	Budget en dollars US
Communication imprimée					
Dossiers d'information	Production de 200 dossiers d'information portant sur les éléments clés de la prévention et les consignes à suivre en cas de maladie. Stratégie gouvernementale et exemples d'actions communautaires. Exemples de mobilisation des médias dans différents pays	Journalistes et médias	Fin juillet 2012	Dr W - MS	300
Prospectus	Production de 6 000 plaquettes dans 3 langues clés sur la marche à suivre en cas d'épidémie de choléra et les méthodes courantes de prévention	Responsables communautaires	Fin août 2012	Mme P - MS	2 000
Radio, films et télévision					
Spots radio	Trois spots radio différents dans 4 langues locales pour des publics cibles différents	Mères et jeunes enfants Pêcheurs Chefs de famille	Fin septembre 2012	Mme H - UNICEF	5 000
Communication au sein de la communauté					
Troupe de théâtre « mains propres »	Prévoir un contrat et un protocole d'accord pour que la troupe de théâtre communautaire puisse jouer pendant les périodes où le choléra est présent	Habitants des bidonvilles	Fin août 2012 - contrat	M. T - UNICEF	2 000
Formation et orientation					
Série de formations et actions de mobilisation autour du choléra sur une journée	Préparation de supports pédagogiques et organisation de 50 ateliers dans des zones clés	Chefs religieux Directeurs d'école Agents de sensibilisation communautaires	Fin août 2012 - contrat	M. T - UNICEF (Oxfam, ACF, MS)	2 000
Formations de perfectionnement	Formations de perfectionnement sur une journée pour 500 agents	Personnel infirmier Bureaux de pays	Fin juillet - contrat	Cecilia S - UNICEF	6 000
Promotion					
Présentations de deux heures	Arguments clés en faveur de l'engagement dans la riposte et exemples d'activités menées dans d'autres contextes	Ministères de tutelle clés : Éducation, Agriculture et Aide sociale	Préparation : fin mai 2012 Présentation : fin juin 2012	Mme S - Dép. de la Santé publique	200

Stratégies de riposte au choléra	Personnes/institutions responsables de la mise en œuvre des actions (variables selon contexte)	Autres acteurs – appui à la mise en œuvre	Comment mobiliser la communauté ?
Évaluation clinique (section 8.2) : <ul style="list-style-type: none"> • Confirmer que le patient a la diarrhée • Déterminer le degré de déshydratation • Triage 	<ul style="list-style-type: none"> • Chef de service • Médecins • Infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Département de santé de la collectivité locale (dép.) • ONG médicales expérimentées 	Amener les personnes malades à l'établissement de santé le plus rapidement possible.
Traitement (section 8.3) : <ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation (perfusion & SRO) • Maintien de l'hydratation (SRO & zinc) • Administration d'antibiotiques, le cas échéant 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Infirmiers • Aide-soignants 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Dép. de santé de la collectivité locale • ONG médicales expérimentées 	Respecter le mode d'emploi des SRO et du zinc. Les personnes qui s'occupent des patients doivent les encourager à prendre les SRO et le zinc conformément aux instructions.
Mise en place d'établissements de santé ou de sites de traitement du choléra et de mesures de contrôle de l'infection (WASH) (section 8.4) : <ul style="list-style-type: none"> • Décider de l'implantation et mettre en place le site en lien avec les autorités sanitaires et la communauté • Mettre en place des règles et procédures de lutte contre l'infection (WASH) au sein de l'établissement • Définir les responsabilités en matière de suivi de la lutte contre l'infection (WASH) • Logistique et gestion de la chaîne d'approvisionnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de site • Logisticien • Spécialiste de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène • Médecins • Infirmiers, aide-soignants • Agents de sécurité • Personnel d'entretien, cuisiniers, porteurs d'eau 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Dép. de santé de la collectivité locale • ONG médicales expérimentées • Comité communautaire 	<p>Création d'un comité communautaire de traitement du choléra.</p> <p>Intégrer le comité aux discussions, à l'accord relatif à l'emplacement du site et au dialogue avec la communauté tout entière.</p> <p>L'équipe peut également partager et répondre aux préoccupations de la communauté.</p>
Ressources humaines (section 8.4.4) : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier et recruter du personnel • Dispenser une formation professionnelle au personnel médical et assurer le suivi et le mentorat au chevet du patient • Dispenser une formation sur le terrain au personnel d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé, département de santé de la collectivité locale – médical • Responsable de site / logisticien / spécialiste eau, assainissement et hygiène - formation sur le terrain au personnel d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissements de formation • ONG médicales expérimentées 	Recruter une part importante du personnel d'appui au sein de la communauté locale. Une fois formé, le personnel d'appui clé peut former les autres personnes.
Partage d'informations et dialogue avec les patients et les personnes s'en occupant (section 8.5) : <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer des informations & engager le dialogue dès l'admission des patients et pendant leur séjour • Discuter de leur situation à domicile (identifier les principales pratiques à risques) • Communiquer des informations et s'entretenir verbalement quant à la sortie du patient • Apporter un soutien psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmiers • Aide-soignants • Volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge • Membres de l'équipe de soutien psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé • Département de santé de la collectivité locale • ONG médicales expérimentées 	Faire en sorte que le comité communautaire de traitement du choléra apporte un soutien aux patients à leur retour à domicile et contribue à réduire la stigmatisation et le conflit

Antibiotiques

Différentes organisations participant aux actions de riposte au choléra recommandent de prescrire des antibiotiques aux patients souffrant d'une forme modérée à sévère du choléra et qui sont hydratés par perfusion (IV). Aucune des recommandations ne conseille d'utiliser les antibiotiques en prophylaxie dans le cadre de la prévention du choléra et toutes soulignent qu'ils doivent être associés à une hydratation intensive. En outre, d'après les recommandations, le test de sensibilité antimicrobienne doit servir de base à la prescription médicamenteuse locale.

Recommandations de l'OPS/de l'OMS concernant les antibiotiques

Type de cas	Option 1	Option 2
Adultes	Doxycycline, 300 mg per os, dose unique	Ciprofloxacine, 1 g per os, dose unique OU Azithromycine, 1 g per os, dose unique
Femmes enceintes	Érythromycine, 500 mg toutes les 6 heures pendant 3 jours OU Azithromycin, ¹ 1 g per os, dose unique	–
Enfants de plus de 3 ans capables d'avaler un comprimé	Érythromycine, 12,5 mg/kg toutes les 6 heures pendant 3 jour OU Azithromycine, 20 mg/kg, en dose unique, sans dépasser 1 g	Ciprofloxacine, suspension ou comprimés, 20 mg/kg, en dose unique OU Doxycycline, suspension ou comprimés, 2-4 mg/kg per os en dose ² unique
Enfants de plus de 3 ans ou nourrissons ne pouvant pas avaler de comprimé	Érythromycine, suspension, 12,5 mg/kg toutes les 6 heures pendant 3 jours OU Azithromycine, suspension, 20 mg/kg, en dose unique	Ciprofloxacine, suspension, 20 mg/kg, en dose unique OU Doxycycline, sirop, 2-4 mg/kg per os en dose unique

Les autres recommandations sont présentées de façon synthétique dans le tableau suivant :

Recommandations relatives à l'utilisation des antibiotiques dans le traitement du choléra

Organisation (cliquer pour plus d'informations)	Recommandation	Médicament de choix en première intention	Autres médicaments possibles	Médicaments à utiliser pour des populations spécifiques
Organisation mondiale de la Santé	Traitement antibiotique destiné uniquement aux patients cholériques présentant une déshydratation sévère	Doxycycline	Tétracycline	L'érythromycine est le médicament recommandé pour les enfants
Organisation panaméricaine de la santé	Traitement antibiotique destiné aux patients cholériques présentant une déshydratation modérée ou sévère	Doxycycline	Ciprofloxacine Azithromycine	L'érythromycine et l'azithromycine sont recommandées en première intention chez les femmes enceintes et les enfants ; la ciprofloxacine et la doxycycline sont recommandées en seconde intention chez les enfants
Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh	Traitement antibiotique destiné aux patients cholériques présentant un certain degré de déshydratation ou une déshydratation sévère	Azithromycin	Doxycycline Ciprofloxacine Cotrimoxazole	L'érythromycine est recommandée en première intention chez les enfants et les femmes enceintes
Médecins Sans Frontières	Traitement antibiotique réservé aux patients présentant une déshydratation sévère	Doxycycline	Érythromycine Cotrimoxazole Chloramphenicol Furazolidone	

* En raison de contraintes d'espace, le dosage n'est pas indiqué dans ce tableau.

Source: www.cdc.gov/cholera/treatment/antibiotic-treatment.html

Traitement par solutés IV en cas de déshydratation sévère**Recommandations de traitement pour les patients présentant une déshydratation sévère**

Commencer immédiatement la perfusion de solutés (IV). Si le patient est en mesure de boire, administrer une solution de SRO par voie orale pendant la mise en place de la perfusion.

Administrer 100 ml/kg de soluté de Ringer lactate, répartis comme suit :

Âge	Donner d'abord 30 ml/kg en IV par période de :	Puis donner 70 ml/kg en IV par période de :
Nourrissons (< 12 mois) ou enfants souffrant de malnutrition	1 heure*	5 heures
Enfant plus âgé (> 1 an)	30 minutes*	2 heures ½

* À renouveler une fois si le pouls radial reste très faible ou indétectable.

Réévaluer le patient toutes les 1 à 2 heures et poursuivre l'hydratation. Si l'hydratation ne s'améliore pas, augmenter la vitesse de la perfusion. Il faut compenser les pertes hydriques en cours et il peut être nécessaire d'administrer 200 ml/kg ou plus au cours des 24 premières heures du traitement.

Administrer également une solution de SRO (environ 5 ml/kg et par heure) dès que le patient est en mesure de boire.

Au bout de 6 heures (nourrissons) ou 3 heures (patients plus âgés), procéder à une réévaluation complète. Passer à une solution de SRO si l'hydratation s'améliore et que le patient est en mesure de boire.

Traitement par SRO

On peut administrer des SRO seuls pour traiter les patients qui ne présentent pas ou peu de déshydratation. Les patients présentant une déshydratation sévère doivent recevoir une perfusion de solutés.

Traitement par SRO (pas de déshydratation)

Dose de SRO de 50 ml par kilo du poids du corps plus les pertes hydriques en cours. Continuer à allaiter/nourrir.

Traitement par SRO (un peu de déshydratation)

Dose de SRO de 80 ml par kilo du poids du corps plus les pertes hydriques en cours pendant 4-6 heures. Observer le patient pendant 4-6 heures et réévaluer son état toutes les heures. En cas d'aggravation de la déshydratation ou de vomissements (>3 fois en 1 heure), administrer une perfusion de soluté.

Quantités de SRO nécessaires pour remplacer les pertes hydriques en cours et/ou éviter la

Âge	Quantité de SRO après chaque selle liquide	Quantité de SRO nécessaire
Moins de 24 mois	50 à 100 ml	Suffisamment pour préparer 500 ml/jour (1 sachet)*
2 à 10 ans	100 à 200 ml	Suffisamment pour préparer 1 000 ml/jour (1 sachet)*
Plus de 10 ans	Autant que nécessaire	Suffisamment pour préparer 2 000 ml/jour (2 sachets)*

* Les sachets de SRO permettent généralement de préparer 1 litre de solution. Dans certains pays, leur conditionnement est inférieur.

1 Pour la FDA, l'azithromycine est un médicament de catégorie B, ce qui signifie que les études n'ont pas montré de risques confirmés chez l'homme

2 Bien que la doxycycline soit associée à un risque faible de jaunissement des dents des enfants, ses bénéfices sont supérieurs aux risques

Comment préparer une solution de SRO

Préparez une solution de SRO

1. Lavez-vous les mains au savon et à l'eau.
2. Versez la totalité du contenu d'un sachet de SRO dans un récipient propre (saladier ou pot) afin de mélanger les SRO. Le récipient doit être suffisamment grand pour contenir au moins 1 litre.
3. Dosez 1 litre d'eau propre (ou la quantité d'eau nécessaire par rapport à la taille du sachet). Utilisez l'eau la plus propre à votre disposition. **Au sein de votre communauté, quels sont les récipients généralement utilisés par les personnes qui s'occupent des patients pour mesurer 1 litre d'eau ?**
4. Versez l'eau dans le récipient. Mélangez bien jusqu'à dissolution complète des sels.



Préparer une solution de SRO

1. Expliquez à la personne qui s'occupe de l'enfant l'importance de la suppléance hydrique chez un enfant souffrant de diarrhées. Expliquez également que la solution a un goût salé. Faites-la goûter à la personne qui s'occupe de l'enfant. Cela peut ne pas lui sembler bon, mais un enfant déshydraté la boira avec avidité.
2. Demandez à la personne qui s'occupe de l'enfant de commencer à lui donner la solution de SRO devant vous. La solution doit être administrée par petites gorgées fréquentes à l'aide d'une tasse ou d'une cuillère (utiliser une cuillère pour donner une solution de SRO à un jeune enfant).
3. Si l'enfant vomit, conseillez à la personne qui s'en occupe d'attendre 10 minutes avant de recommencer à lui administrer les SRO. Le traitement peut alors reprendre, mais plus lentement. La personne qui s'occupe de l'enfant doit lui donner autant de SRO qu'il/elle accepte de prendre, ou au minimum $\frac{1}{2}$ tasse de solution de SRO après chaque selle liquide.
4. Assurez-vous que l'adulte a bien compris ces consignes. Par exemple :
 - Restez et vérifiez que la personne qui s'occupe de l'enfant lui donne bien de petites gorgées de la solution de SRO. L'enfant ne doit pas s'étouffer.
 - Posez-lui les questions suivantes : à quelle fréquence allez-vous donner la solution de SRO ? Quelle quantité ?

5. L'enfant doit également boire les autres liquides qu'il consomme habituellement, comme le lait maternel. Si l'enfant ne bénéficie pas d'un allaitement exclusif, la personne qui s'en occupe doit lui donner une eau propre. Conseillez à cet adulte de ne pas donner de boissons sucrées et de jus à un enfant qui souffre de diarrhées et prend des SRO.
6. Comment savez-vous que l'enfant peut rentrer chez lui ? Un enfant déshydraté, qui a suffisamment de forces pour boire, boira avec avidité. Si l'enfant continue à réclamer la solution de SRO, faites en sorte que la mère poursuive l'administration des SRO devant vous. Si l'enfant devient plus alerte et commence à refuser de boire les SRO, il n'est sans doute plus déshydraté. Si vous constatez que l'enfant n'a plus soif, cela signifie qu'il est prêt à rentrer chez lui.
7. Mettez le reste de la solution de SRO dans un récipient et confiez-le à la personne qui s'occupe de l'enfant pour le trajet de retour vers le domicile (ou vers l'établissement de santé, si l'enfant doit être transféré). Conseillez à la personne qui s'occupe de l'enfant de venir avec un récipient fermé destiné à contenir le reste de la solution de SRO, lors de la prochaine visite.
8. Remettez à l'adulte 2 sachets supplémentaires de SRO à emporter, s'il/elle doit en préparer davantage. Encouragez-le/la à continuer à donner la solution de SRO aussi souvent que l'enfant accepte d'en boire. La personne qui s'occupe de l'enfant doit essayer de lui donner au moins ½ tasse après chaque selle liquide.

Comment stocker la solution de SRO

1. Conserver la solution de SRO dans un récipient propre et muni d'un couvercle.
2. Demander à la personne qui s'occupe de l'enfant de préparer une nouvelle solution de SRO lorsque cela est nécessaire. Ne pas conserver le mélange de SRO pendant plus de 24 heures : il peut perdre son efficacité.

Messages clés

- Le choléra ne se transmet pas par le lait maternel.
- Le lait maternel constitue l'alimentation la plus sûre pour les bébés et les jeunes enfants, particulièrement au cours d'une épidémie de choléra.
- Les bébés doivent être exclusivement allaités pendant les six premiers mois de leur vie. À partir de six mois, les bébés ont besoin d'aliments complémentaires variés, préparés de façon hygiénique. L'allaitement doit être poursuivi aussi longtemps que possible, de préférence jusqu'aux deux ans de l'enfant.
- Les bébés doivent continuer à être allaités au sein pendant qu'ils sont traités contre le choléra.
- Une mère atteinte du choléra doit continuer à allaiter tant qu'elle est consciente, même sous perfusion. La mère et l'enfant ne doivent pas être séparés.
- Il est essentiel de préparer de façon hygiénique les autres aliments donnés aux enfants de plus de six mois, afin de réduire le risque d'infection par le choléra.
- Les bébés qui ne peuvent pas être allaités sont très vulnérables et doivent bénéficier en priorité d'une attention et d'une prise en charge particulières afin de réduire les risques liés aux aliments de substitution.

Q : *Le choléra se transmet-il par le lait maternel ?*

R : Le choléra ne se transmet pas par le lait maternel. On contracte le choléra en buvant de l'eau contaminée ou en ingérant des aliments contaminés. Le choléra se propage également à cause de mauvaises pratiques d'assainissement et d'hygiène, comme l'absence de lavage des mains au savon.

Q : *Quels sont les boissons et aliments les plus sûrs pour les bébés et jeunes enfants lorsque le choléra est déclaré ?*

R : Le lait maternel constitue toujours l'alimentation (solide et liquide) la plus sûre pour les bébés et les jeunes enfants, y compris en cas de choléra. Les bébés doivent être exclusivement allaités pendant les six premiers mois de leur vie, ce qui signifie qu'ils doivent boire uniquement du lait maternel et aucun autre aliment ou liquide, pas même de l'eau. Le lait maternel apporte tous les nutriments et liquides dont un bébé a besoin pendant les six premiers mois de sa vie. **L'allaitement exclusif est le meilleur moyen d'éviter le choléra chez les bébés de moins de six mois, car le lait maternel est propre et protège des infections.** Les bébés à qui l'on donne d'autres aliments ou liquides avant leurs six mois présentent des difficultés de croissance et sont plus sujets aux maladies, car ces aliments ou liquides ne leur apportent pas autant d'énergie et de nutriments que le lait maternel et peuvent être contaminés par des germes pouvant provoquer le choléra, des diarrhées et des vomissements.

À partir de six mois, les bébés ont besoin d'aliments variés et nourrissants préparés de façon hygiénique, en complément du lait maternel. L'allaitement doit être poursuivi aussi longtemps que possible, de préférence jusqu'aux deux ans de l'enfant.

Q : *Si une mère est atteinte du choléra, doit-elle continuer à allaiter ?*

R : Une mère atteinte du choléra doit continuer à allaiter tant qu'elle est consciente, même sous perfusion. Il est important que la mère soit réhydratée par perfusion et/ou par SRO. Les antibiotiques doivent être administrés uniquement à la mère infectée et non à son bébé en bonne santé.

Q : *Si une mère est atteinte de déshydratation sévère, doit-elle continuer à allaiter ?*

R : La déshydratation sévère chez une mère peut diminuer le volume de lait maternel. Sa réhydratation par perfusion et/ou SRO peut corriger ce problème (en une heure). Dès que l'état de la mère s'améliore, elle peut continuer à allaiter, même sous perfusion.

Q : *La mère et le bébé doivent-ils être séparés si la mère est atteinte du choléra ?*

R : La mère et le bébé doivent rester ensemble si la mère est atteinte du choléra. Ainsi, la mère peut continuer à allaiter son bébé. Cela contribue également au maintien du lien émotionnel entre elle et son enfant. Il est très important que la mère se lave les mains et les seins à l'eau et au savon ou à l'eau chlorée. Si le bébé refuse de téter à cause du goût de savon/chlore, les mamelons et les aréoles doivent être nettoyés avec une petite quantité de lait maternel. Le cas échéant, une personne en bonne santé peut s'occuper du bébé entre chaque tétée. Si possible, le bébé doit être enveloppé dans un linge propre pour chaque tétée, qui sera bien nettoyé entre les tétées.

Q : *Quels sont les risques encourus si l'enfant n'est pas allaité ?*

R : Des études montrent que, dans de mauvaises conditions d'hygiène, les bébés et les jeunes enfants non allaités ont entre 6 et 25 fois plus de risques de mourir que les bébés allaités. Les aliments de substitution, comme le lait maternisé ou en poudre, sont de toute façon dangereux, et particulièrement en cas de choléra. L'eau et les ustensiles utilisés pour la préparation du lait peuvent être source d'infections pour l'enfant. L'utilisation d'aliments de substitution diminue également la production de lait chez la mère, ne protège pas contre les infections et rompt le lien entre la mère et son bébé. En raison des dangers liés aux aliments de substitution, le lait maternisé ou en poudre ne doit jamais être distribué en masse à la population. Les autorités sanitaires et les organismes de secours ne doivent pas solliciter ou accepter de dons de lait maternisé ou en poudre. Ces dons peuvent être mal utilisés, mettre à mal les bonnes pratiques d'allaitement et provoquer des maladies et des décès chez les bébés et les jeunes enfants.

Q : *Quels sont les symptômes de la déshydratation chez un bébé ?*

R : Un bébé peut être déshydraté si sa mère, qui l'allait, souffre de déshydratation sévère ou si l'enfant a contracté le choléra ou une autre maladie diarrhéique. Un enfant qui urine moins de 6 fois par jour est peut-être déshydraté. La présence de deux des symptômes suivants indique une déshydratation sévère : yeux enfoncés, impossibilité ou difficulté à boire, peau mettant plus de deux secondes à revenir en place (test du pincement de la peau), léthargie ou perte de connaissance. La présence de deux des symptômes suivants indique une déshydratation modérée : yeux enfoncés, mais capacité à boire avec avidité ou soif, peau mettant deux secondes à revenir en place, irritabilité.

Q : *Que faire en cas de choléra ou de déshydratation chez un bébé ? (voir chapitre 8, sections 8.2.2 et 8.3) du Guide pratique***R :** **Enfant présentant une déshydratation sévère :**

- Transférer immédiatement à l'hôpital et traiter par perfusion (IV). Une heure après le début de la perfusion, administrer des SRO et du zinc, si l'enfant les supporte. L'enfant doit être allaité dès qu'il/elle a suffisamment de forces pour téter. Si l'enfant est atteint de choléra, le traiter conformément aux recommandations nationales.

Enfant présentant une déshydratation modérée :

- Enfants de moins de six mois : exclusivement allaités, avec des tétées fréquentes et de plus en plus longues.
- Enfants de plus de six mois : allaités fréquemment avec des tétées de plus en plus longues. L'enfant doit prendre des SRO (ou d'autres liquides en l'absence de SRO) à l'aide d'une tasse et d'une cuillère ou d'un compte-gouttes. Lui administrer également du zinc.
- Dépister une malnutrition aiguë sévère (MAS) à l'aide de bracelets MUAC¹ et en observant les symptômes visibles (comme l'œdème bilatéral) et transférer les enfants souffrant de MAS afin qu'ils bénéficient d'un traitement.

Q : *Qu'en est-il de l'alimentation complémentaire des enfants de plus de six mois ?*

R : Il est essentiel de préparer les aliments complémentaires de façon hygiénique afin de réduire le risque d'infection par le choléra. Il faut se laver les mains à TOUS les moments critiques (avant de manger, avant de manipuler les aliments ou de donner à manger à un enfant, à la sortie des toilettes et après avoir manipulé les selles des bébés). Veiller à ce que tous les aliments soient bien cuits. Si les aliments ont été cuits, mais ont été laissés dans leur contenant ou ont refroidi, ils doivent être réchauffés à cœur. Rappelons que les enfants doivent également être allaités au moins jusqu'à l'âge de deux ans.

Q : *Que faire pour les enfants de moins de deux ans qui ne peuvent pas être allaités ?*

R : Dans certaines circonstances particulières (décès ou maladie grave de la mère), l'allaitement maternel n'est pas possible. Les enfants concernés sont très vulnérables et doivent bénéficier en priorité d'une attention et d'une prise en charge particulières afin de réduire les risques liés aux aliments de substitution. Les personnes qui s'occupent des enfants doivent disposer d'une eau salubre et sûre pour préparer les aliments de substitution, de combustibles pour faire bouillir l'eau, de savon pour nettoyer les tasses et ustensiles servant à donner à manger, et de lait maternisé aussi longtemps que l'enfant a besoin d'aliments de substitution.

¹ MUAC = circonférence de la partie supérieure du bras. Chez les enfants entre 6 et 59 mois, une mesure MUAC < 11,5 cm et/ou un œdème bilatéral (les deux pieds) indiquent une MAS. Chez les enfants de moins de 6 mois, des symptômes visibles d'émaciation et/ou un œdème bilatéral indiquent une MAS.

Pour en savoir plus sur les effectifs nécessaires dans les établissements de santé et les centres de traitement, voir l'**annexe 8G**.

A. Mise en place d'établissements de santé dédiés ou de sites de traitement du choléra et de mesures de contrôle de l'infection

Paramètres de conception pour la mise en place d'un site de traitement du choléra¹

(adaptés principalement des Recommandations relatives au choléra de MSF, 2004)

Élément	Paramètres de conception	Remarques sur les procédures de contrôle de l'infection et sur les variantes de conception dans les établissements de taille modeste
Emplacement	Un sol élevé et une bonne évacuation sont la meilleure option. Éviter de choisir un sol trop bas ou en pente. Consulter les responsables locaux et convenir de l'endroit le plus adapté.	
Distances	Par rapport au marché = 100 m Par rapport à une source d'eau = 40 m (sol sablonneux) ; 15 m (sol argileux) Par rapport aux autres bâtiments, en particulier les habitations = 100 m	
Murs et sol	Sol en béton ou, s'il s'agit d'une structure temporaire, bâche en plastique pour recouvrir le sol	<ul style="list-style-type: none"> On doit pouvoir nettoyer les sols et récupérer ou évacuer les eaux usées dans un puits perdu ou une latrine au sein de l'établissement. Les sols des unités doivent être nettoyés jusqu'à 4 fois par jour à l'aide d'une solution chlorée à 0,2 %. Les murs peuvent être vaporisés à l'aide d'une solution à 0,2 % en l'absence des patients.
Accès	La route qui dessert l'établissement doit être en bon état afin de permettre l'accès des patients, et l'approvisionnement en eau, nourriture, etc.	
Espace et surfaces	L'espace doit être adapté à une éventuelle extension, si nécessaire. Capacité de l'unité = 2,5 m ² par patient + un soignant <ul style="list-style-type: none"> Une tente de 29 m² peut accueillir 10 patients + soignants Une tente de 82 m² peut accueillir 30 patients + soignants 	Tenir compte de l'espace nécessaire pour les différentes composantes du site, y compris l'emplacement des latrines et salles de bains.
Agencement et circulation au sein de l'établissement	L'agencement de l'établissement doit prévoir les zones suivantes : <ul style="list-style-type: none"> une zone d'évaluation des nouveaux patients et l'administration de SRO aux patients ne souffrant que de déshydratation légère ou modérée ; une zone d'isolement séparée comprenant les unités de traitement des cas sévères ; une zone de récupération des patients avant leur sortie ; une zone neutre ; une morgue ; une zone réservée aux déchets ; L'établissement doit être clôturé afin de restreindre les entrées et sorties et d'obliger chacun à passer par les portes où sont postés des agents de sécurité ; L'unité doit permettre une séparation entre les hommes et les femmes afin de préserver au mieux la dignité des patients au sein de 	<ul style="list-style-type: none"> Voir l'exemple d'un agencement simple de CTC ci-dessous Les informations ci-dessous vous renseigneront sur la conception de chacune de ces zones. Un agent de sécurité doit être posté à chaque entrée/sortie de l'établissement afin de limiter l'accès des personnes non autorisées. Les personnes ne doivent pas être autorisées à circuler librement entre les zones, mais doivent demander au personnel médical si elles sont autorisées à y pénétrer. Seul un proche est autorisé à pénétrer dans le centre de traitement du choléra pour rester auprès d'un patient, ce qui réduit les risques d'infection croisée. Ainsi, le personnel n'a pas besoin d'informer spécifiquement tous les proches sur les mesures de contrôle de l'infection et les procédures de soins au sein de l'établissement.

Élément	Paramètres de conception	Remarques sur les procédures de contrôle de l'infection et sur les variantes de conception dans les établissements de taille modeste
Éclairage	<ul style="list-style-type: none"> • Les unités d'hospitalisation doivent être bien éclairées (remplacer une perfusion à l'aide d'une lampe de poche n'est pas chose aisée). • Les différentes solutions d'éclairage sont notamment les suivantes : alimentation électrique générale, générateurs, lampes à pétrole, lampes solaires, lampes torches individuelles. • Pour un CTC, il est conseillé de disposer d'un générateur, même s'il existe une alimentation électrique générale. • Il est important de disposer de solutions de remplacement pour l'alimentation électrique. • L'établissement doit être régulièrement approvisionné en pétrole, en carburant pour les générateurs, etc 	
Approvisionnement en eau - quantités d'eau	<p>Centres de traitement du choléra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 litres par patient et par jour ; • 15 litres par soignant et par jour ; • L'établissement doit pouvoir stocker l'équivalent de 3 jours d'approvisionnement en eau <p>Points de réhydratation orale : 10 litres par patient et par jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'approvisionnement en eau est essentiel au maintien d'une bonne hygiène du centre de traitement. • Il peut être nécessaire de faire livrer l'eau par un camion-citerne dans des réservoirs de stockage. • Pour les petits établissements et les points de réhydratation orale, il peut être nécessaire de mettre en place, avec les membres de la communauté, des dispositifs de livraison quotidienne d'eau à l'établissement.
Approvisionnement en eau - qualité de l'eau	<p>Le taux de chlore résiduel de l'eau doit être de 0,5 - 1,0 mg/l si la turbidité est < 5UTN, après 30 min de temps de contact (Sphère, 2011, p. 100) pour un pH < 8.</p>	<p>La bonne qualité de l'eau est particulièrement importante pour la boisson, la préparation des SRO et le nettoyage des ustensiles.</p>
Latrines	<ul style="list-style-type: none"> • 1 latrine pour 20 patients ou proches s'occupant des patients dans la zone de triage/admission et dans la zone de récupération (min. 2, hommes/femmes). • 1 latrine pour 50 patients ou proches s'occupant des patients dans les zones d'hospitalisation (la plupart ne les utiliseront pas) (min. 2, h/f). • 2 latrines minimum dans la zone neutre (h/f). • 2 latrines réservées aux visiteurs à l'extérieur du site (h/f). • Les latrines doivent être faciles à nettoyer afin que les eaux usées puissent être évacuées dans le trou des latrines ou dans un puits perdu situé à côté des latrines. • Les toilettes situées dans la zone réservée aux patients doivent être suffisamment larges pour permettre au patient et au proche qui s'occupe de lui d'y entrer (double espace), être d'une forme adaptée ou amovible et équipées d'une chaise lavable et idéalement, d'une barre de maintien que le patient peut utiliser pour assurer son équilibre lorsqu'il utilise les toilettes. • Les toilettes doivent être indépendantes afin d'empêcher la propagation du vibron et ne doivent pas être raccordées aux égouts (le système d'égouts peut être inadéquat et s'infiltrer dans les canalisations ou se déverser dans une source d'eau en libre accès). 	<ul style="list-style-type: none"> • Un soin particulier doit être apporté à un nettoyage régulier (plusieurs fois par jour) des dalles de latrines et jusqu'à 1 m de hauteur sur les murs, à l'aide d'une solution désinfectante à 0,2 %. • Les petits établissements de santé comprenant 1 à 5 lits n'ont pas forcément les ressources nécessaires pour s'équiper de plusieurs latrines. Dans ce cas, l'établissement devra disposer d'au minimum 2 latrines (hommes et femmes), qui devront être partagées par les patients, les proches qui s'occupent d'eux, le personnel et les visiteurs. Un soin particulier doit être apporté à un nettoyage régulier des latrines. • Voir Technical note: Excreta disposal for people with physical disabilities in emergencies OXFAM-GB et les options de conception proposées par le CCBRT pour les latrines afin d'améliorer l'accessibilité des installations sanitaires.

Élément	Paramètres de conception	Remarques sur les procédures de contrôle de l'infection et sur les variantes de conception dans les établissements de taille modeste
Salles de douche/bains	<ul style="list-style-type: none"> • 1 cabinet de douche/salle d'eau pour 50 patients ou proches s'occupant des patients - au minimum 2, (hommes/femmes) dans chaque zone du centre. • Au minimum 2 salles de douche (h/f) réservées au personnel dans la zone neutre. • Les salles de bains doivent être raccordées à un collecteur de graisse et à un puits absorbant installés au sein du CTC. • Les salles de bains dans la zone réservée aux patients doivent être suffisamment larges pour permettre au patient et au proche qui s'occupe de lui d'y entrer (double espace), être équipées d'une chaise lavable et idéalement, d'une barre de maintien sur laquelle le patient peut s'appuyer pendant la douche. 	<p>Les petits établissements de santé comprenant 1 à 5 lits n'ont pas forcément les ressources nécessaires pour s'équiper de plusieurs salles de bains. Dans ce cas, l'établissement devra disposer d'au minimum 2 salles de bains (h/f).</p>
Lave-mains	<p>Les lave-mains doivent être équipés d'une solution chlorée à 0,05 % et doivent être situés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à l'entrée/la sortie du centre de traitement ; • à proximité de chacune des latrines (séparées pour les hommes et les femmes) ; • à l'entrée de chaque tente (accueillant des patients ou des services administratifs) ; • dans la cuisine ; • dans la morgue ; • dans la zone d'élimination des déchets ; • Dans chaque unité/zone clinique. <p>Tous les lave-mains doivent être équipés d'une évacuation vers un puits perdu couvert à l'intérieur du centre, ou de plateaux/seaux d'égouttage permettant la récupération de l'eau des lave-mains et doivent être vidés dans un puits absorbant ou des latrines.</p>	<p>Le lavage régulier des mains est la mesure la plus importante de contrôle de l'infection au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de traitement du choléra.</p> <p>Il est important qu'un membre du personnel ait pour mission spécifique de remplir les récipients pour le lavage des mains et de veiller à une évacuation ou une élimination adaptée des eaux usées.</p>
Pédiluves et pulvérisation	<ul style="list-style-type: none"> • Pédiluves et pulvérisation ne sont pas nécessaires si le processus de lutte contre l'infection permet de garder le CTC propre. En pratique, ils sont un rappel utile de la nécessité de maintenir des niveaux d'hygiène élevés. • Pédiluves munis d'une éponge et remplis d'une solution chlorée à 0,2 % changée deux fois par jour, placés à l'entrée/à la sortie du centre de traitement du choléra et à l'entrée/à la sortie de chaque unité ; ou • Un agent de sécurité muni d'un pulvérisateur de solution chlorée à 0,2 %, chargé de pulvériser les pieds à l'entrée et à la sortie du centre. 	<ul style="list-style-type: none"> • La pulvérisation des pieds à l'entrée et à la sortie du centre est destinée à éviter la contamination à l'intérieur et à l'extérieur du centre. La pulvérisation est également effectuée dans différents endroits du centre afin de sensibiliser le personnel et les visiteurs au risque potentiel de contamination dont ils sont porteurs. • Les pédiluves peuvent être utilisés à l'entrée/la sortie du centre et des unités, mais ils se salissent rapidement et on leur préférera donc la pulvérisation. • La pulvérisation des pieds et l'utilisation de pédiluves ne sont pas considérées comme étant des procédures totalement efficaces, mais sont tout de même utiles car elles permettent de sensibiliser le personnel, les patients et leurs visiteurs au fait qu'ils pénètrent dans un centre de traitement du choléra, lequel peut s'avérer potentiellement infectieux si les procédures ne sont pas respectées.

Élément	Paramètres de conception	Remarques sur les procédures de contrôle de l'infection et sur les variantes de conception dans les établissements de taille modeste
Solutions mères chlorées	<ul style="list-style-type: none"> Des solutions mères de chlore liquide doivent être préparées quotidiennement à 0,05 %, 0,2 % et 2 % de chlore actif et conservées dans des contenants en plastique de 125 litres de couleurs différentes (ou clairement étiquetés), équipés de robinets. Il faut prévoir environ 110 g de chlore HTH par patient et par jourⁱⁱ. Par exemple, 112 kg de HTH à 65-70 % de chlore actif seront nécessaires pour un CTC de 100 lits (160 patients). 	Voir les tableaux ci-dessous pour plus d'informations sur les mélanges.
Lits de cholériques et seaux destinés à recueillir les excréments et vomissures	<ul style="list-style-type: none"> Le lit de cholérique doit être lavable. Le lit doit être équipé d'un trou central dans lequel le postérieur du patient doit être placé pour permettre le passage de la diarrhée. Voir MSF Cholera Guidelines, (2004) annexe 8, qui présentent une conception simple pouvant être réalisée localement. Chaque lit doit être équipé de deux seaux en plastique de 10-15 litres – l'un pour les vomissures et l'autre pour les excréments. 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les plus grands établissements, un membre du personnel doit avoir pour mission la désinfection et l'élimination des excréments et vomissures. Les lits de cholériques doivent être nettoyés ou pulvérisés à l'aide d'une solution chlorée à 0,2 % après chaque passage. On peut également se servir de bâches en plastique qui peuvent être nettoyées et désinfectées après chaque patient. Les excréments et vomissures doivent être désinfectés à l'aide d'une solution chlorée à 2 % avant d'être éliminés dans une latrine à fosse. MSF recommande d'ajouter 1 cm de solution à 2 % dans le seau d'excréments (environ une demi-tasse ou 100-125 ml), puis à nouveau 100-125 ml avant l'élimination (voir la note ci-dessous concernant le tableau détaillant la concentration en chlore pour discussion).
Morgue	<ul style="list-style-type: none"> Une tente fermée en plastique doit être utilisée pour nettoyer et conserver les corps des personnes décédées du choléra. La table utilisée pour poser le corps et le sol doivent être lavables et imperméables et disposer d'une bonne évacuation, afin que les déchets liquides puissent être collectés et éliminés dans un puits perdu. Une zone de recueillement pour les proches des patients doit également être prévue, afin qu'ils puissent venir veiller le défunt. Une porte doit permettre l'entrée dans la morgue depuis l'établissement, et une autre porte doit déboucher sur l'extérieur afin de permettre l'enlèvement du corps. 	Voir l' annex 9D sur la manipulation des cadavres et les bonnes pratiques à respecter lors des funérailles de personnes décédées du choléra, parmi lesquelles les procédures de désinfection systématique et les pratiques sûres de prise en charge concernant la manipulation, l'inhumation et les funérailles elles-mêmes.
Zone de blanchisserie	<ul style="list-style-type: none"> La zone de blanchisserie doit être située au plus près de la zone produisant le plus grand nombre d'éléments contaminés. En l'absence d'éviers, de grands bacs en plastique, équipés d'un puits absorbant pour les eaux usées, seront nécessaires. Des fils à linge doivent être installés à proximité de la zone de blanchisserie. Un poêle, du carburant et un grand bac en métal seront nécessaires s'il est décidé de faire bouillir les vêtements et les draps au lieu de les désinfecter. 	<ul style="list-style-type: none"> La zone de blanchisserie sera utilisée pour nettoyer les matières souillées (couvertures, blouses, vêtements de protection, vêtements des patients, etc.). Les matières doivent être immergées dans un désinfectant chloré à 0,05 % pendant 10 minutes, puis lavés normalement et séchés à l'air libre.

Élément	Paramètres de conception	Remarques sur les procédures de contrôle de l'infection et sur les variantes de conception dans les établissements de taille modeste
Zone neutre	<ul style="list-style-type: none"> La zone neutre doit comprendre la cuisine, les vestiaires du personnel, la zone de repos, la zone de réunion et les entrepôts. La zone neutre doit disposer de sa propre entrée, avec un agent de sécurité posté devant la porte. 	
Cuisine	<ul style="list-style-type: none"> La cuisine doit être située dans la zone neutre. Elle doit être équipée de lave-mains, munis d'une solution chlorée à 0,05 %. Des ustensiles et des unités/boîtes de stockage adaptés doivent être fournis pour la préparation et le stockage des aliments. 	<ul style="list-style-type: none"> Seul le personnel de cuisine doit être autorisé à pénétrer dans la cuisine et à manipuler les aliments. La vaisselle doit être rincée à l'aide d'une solution chlorée à 0,05 %, puis lavée de façon habituelle. Si des aliments sont apportés dans l'établissement par les proches s'occupant des patients, il faut soit transvaser les aliments dans un nouveau récipient (qui peut être nettoyé et conservé dans l'établissement) à l'entrée, soit nettoyer le récipient à l'aide d'une solution chlorée à 0,05 % avant qu'il ne sorte de l'établissement.
Zone de gestion des déchets	<ul style="list-style-type: none"> Les déchets doivent être triés en 3 catégories à la source, en les plaçant dans des bacs de couleur différente ou étiquetés : <ul style="list-style-type: none"> Déchets mous (tout ce qui peut être incinéré) : à collecter dans une poubelle munie d'un couvercle. Déchets biologiques (tout ce qui ne peut être incinéré) : à collecter dans une poubelle munie d'un couvercle. Déchets coupants (déchets pouvant blesser ou transmettre des maladies en cas de mauvaise manipulation) : à collecter dans un contenant ou une boîte de sécurité increvable. La zone de gestion des déchets doit inclure une fosse pour les déchets coupants, un incinérateur ou brûleur et une fosse pour les déchets biologiques. 	<p>À moins que le CTC ne soit situé sur le terrain d'un établissement médical dont le personnel souhaite continuer à utiliser la zone de gestion des déchets après la fermeture de la structure de traitement du choléra, la fosse pour les déchets biologiques doit être remblayée et la fosse pour les déchets coupants doit être remplie de béton.</p>
Vêtements de protection	<ul style="list-style-type: none"> Des vêtements de protection tels que des bottes en caoutchouc, des blouses, des combinaisons en plastique, des lunettes ne sont pas forcément nécessaires si les procédures de contrôle de l'infection sont adéquates. Le personnel médical doit utiliser des gants jetables lors des procédures invasives et tout le personnel doit se servir de gants jetables lorsqu'il manipule du chlore, des produits chlorés, des excréments, des vomissures, des vêtements ou draps souillés et des déchets solides) et lors du nettoyage et de la préparation des corps. Les agents de nettoyage peuvent exiger des tabliers. Des combinaisons médicales, des gants jetables, des bottes en caoutchouc et des combinaisons en plastique doivent être remis au personnel médical. Des blouses ou des vêtements doivent être fournis aux patients hospitalisés après la douche, et également aux proches qui s'occupent d'eux si leurs vêtements sont souillés. 	<p>Les vêtements utilisés dans l'établissement doivent rester dans l'établissement.</p>

Élément	Paramètres de conception	Remarques sur les procédures de contrôle de l'infection et sur les variantes de conception dans les établissements de taille modeste
Moustiquaires	Les moustiquaires ne sont pas recommandées dans un établissement de traitement, car le personnel doit pouvoir accéder au patient. Il faut donc avoir recours à d'autres méthodes, comme la pulvérisation résiduelle intérieure ou les spirales anti-moustiques.	
Gestion des menstruations	<ul style="list-style-type: none"> Les patientes et les femmes qui s'occupent d'elles peuvent devoir gérer leurs menstruations pendant le séjour. Elles doivent être informées des moyens pour se procurer des protections périodiques et en connaître la méthode d'élimination. Disposer de services ou d'unités non mixtes sera également utiles aux femmes et aux filles qui doivent gérer leurs menstruations pendant leur séjour dans le centre. 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les toilettes et zones de douche restent privées et à séparer les lave-mains par sexe facilitera la gestion des menstruations des femmes et des filles pendant leur séjour dans le centre. Des solutions d'élimination des protections périodiques doivent être mises en place (seau muni d'un couvercle dans les latrines ou élimination directe dans les latrines). Ces informations doivent être communiquées aux patientes et aux femmes qui s'occupent d'elles.

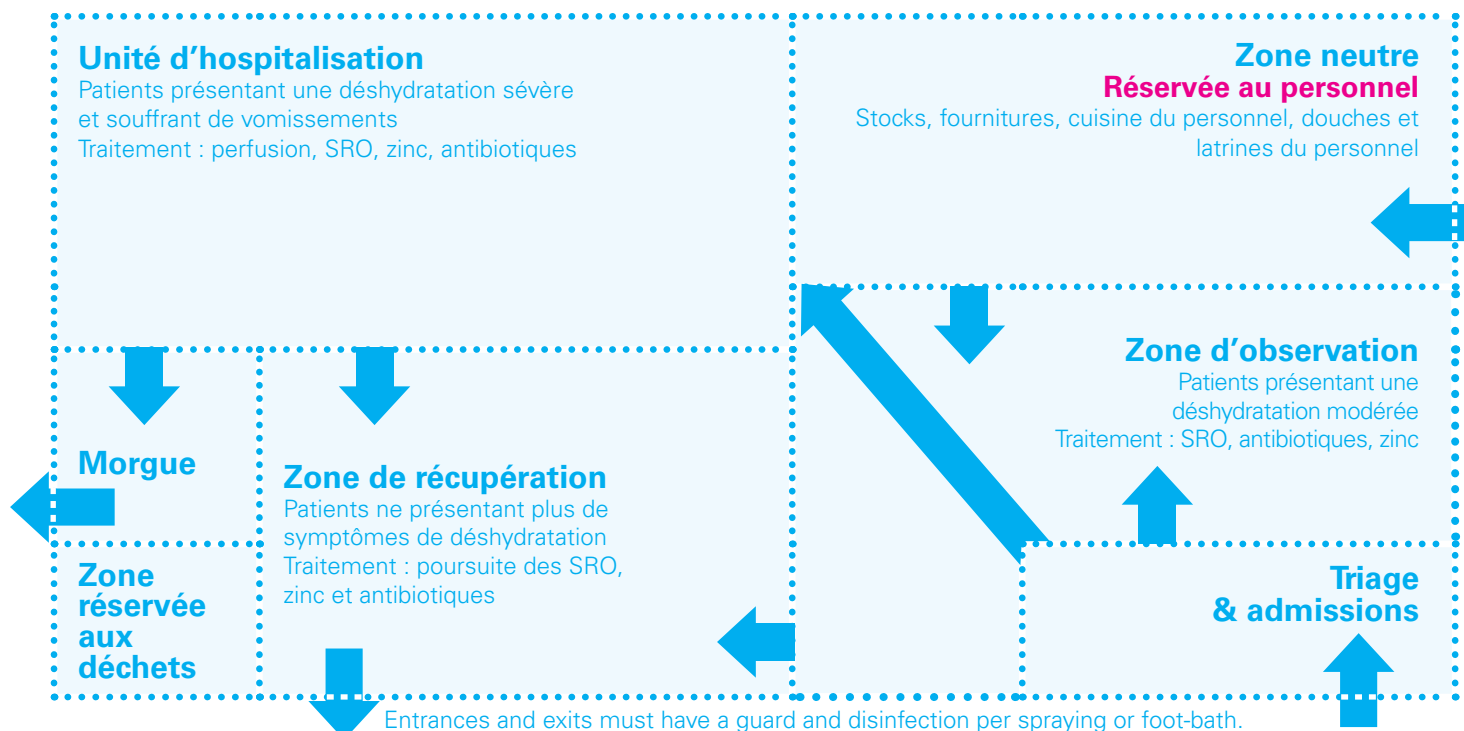
Impératifs clés de contrôle de l'infection dans un centre de traitement du choléra

	Actions by patients	Actions by caregivers	Actions by staff
À l'entrée	<ul style="list-style-type: none"> Leurs pieds (semelles des chaussures) doivent être désinfectés avec une solution à 0,2 % (à l'aide d'une éponge ou d'un pulvérisateur). Les mains doivent être lavées avec une solution chlorée à 0,05 %. Leurs vêtements doivent être stérilisés dans l'eau bouillante ou trempés dans une solution à 0,05 % pendant 10 minutes, puis lavés normalement, rincés et séchés. Des vêtements temporaires peuvent être nécessaires pendant cette période. Le patient doit être informé des procédures de contrôle de l'infection pendant son séjour dans l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 seul proche autorisé par patient. Leurs pieds (semelles des chaussures) doivent être désinfectés avec une solution à 0,2 % (à l'aide d'une éponge ou d'un pulvérisateur). Les mains doivent être lavées avec une solution chlorée à 0,05 %. Leurs vêtements doivent être stérilisés dans l'eau bouillante ou trempés dans une solution à 0,05 % pendant 10 minutes, puis lavés normalement, rincés et séchés. Des vêtements temporaires peuvent être nécessaires pendant cette période. Le proche doit être informé des procédures de contrôle de l'infection pendant son séjour dans l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> Leurs pieds (semelles des chaussures) doivent être désinfectés avec une solution à 0,2 % (à l'aide d'une éponge ou d'un pulvérisateur). Les mains doivent être lavées avec une solution chlorée à 0,05 %. Informers les patients et les proches des procédures de contrôle de l'infection pendant leur séjour dans l'établissement.

	Actions by patients	Actions by caregivers	Actions by staff
Pendant le séjour dans le centre de traitement	<ul style="list-style-type: none"> Ils doivent rester dans la zone de l'établissement indiquée par le personnel médical. Leurs vomissures et excréments doivent être collectés dans des bassins ou des seaux. Ils ne doivent pas vomir à même le sol. Leurs vomissures et excréments doivent être laissés dans une solution à 2 % avant d'être vidés dans une latrine à fosse (voir tableau ci-dessus). Les mains doivent être lavées avec une solution chlorée à 0,05 % à la sortie des toilettes, avant d'entrer ou de sortir de l'unité et avant de manger. Si leurs vêtements sont souillés, ils doivent être stérilisés dans l'eau bouillante ou trempés dans une solution à 0,05 % pendant 10 minutes, puis lavés normalement, rincés et séchés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les proches devront aider les patients à utiliser les latrines et les douches une fois que leur état de santé se sera amélioré. Les proches qui s'occupent des patients doivent si possible éviter tout contact avec les déchets du patient. Les mains doivent être lavées avec une solution chlorée à 0,05 % à la sortie des toilettes, avant d'entrer ou de sortir de l'unité, après avoir aidé le patient et avant de manger. Si leurs vêtements sont souillés, ils doivent être stérilisés dans l'eau bouillante ou trempés dans une solution à 0,05 % pendant 10 minutes, puis lavés normalement, rincés et séchés. 	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel doit utiliser des latrines et douches séparées dans la zone neutre et doit se laver les mains à la sortie à l'aide d'une solution chlorée à 0,05 %. Seuls les aliments préparés dans l'établissement doivent être consommés. Ils doivent être consommés dans la zone neutre. Il faut se laver les mains avant de manger.
À la sortie	<ul style="list-style-type: none"> Leurs vêtements sont stérilisés dans l'eau bouillante ou trempés dans une solution à 0,05 % pendant 10 minutes, puis lavés normalement, rincés et séchés. Ils doivent se laver dans une solution à 0,05 %. Leurs pieds (semelles des chaussures) doivent être désinfectés avec une solution à 0,2 % (à l'aide d'une éponge ou d'un pulvérisateur). Les mains doivent être lavées avec une solution chlorée à 0,05 % 	<ul style="list-style-type: none"> À chaque fois qu'ils quittent l'établissement, ils doivent se laver les mains avec une solution à 0,05 %. Leurs pieds (semelles des chaussures) doivent être désinfectés avec une solution à 0,2 % (à l'aide d'une éponge ou d'un pulvérisateur). Si des aliments ont été apportés depuis l'extérieur, les assiettes et ustensiles utilisés doivent être nettoyés dans une solution à 0,05 % avant de pouvoir sortir de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> À chaque fois qu'ils quittent l'établissement, les membres du personnel doivent se laver les mains avec une solution à 0,05 %. Leurs pieds (semelles des chaussures) doivent être désinfectés avec une solution à 0,2 % (à l'aide d'une éponge ou d'un pulvérisateur).

Voir également la **section 8.5** – Informations à l'intention des patients et de leurs familles et dialogue .

B. Schéma d'aménagement d'un centre de traitement du choléra (adapté de MSF, 2004)



C. Mélanges à base de chloreⁱⁱⁱ

Mélanges à base de chlore

	0,05 %	0,2 %	2 %	Stabilité du chlore
Usages	Lavage des mains, douches, nettoyage des vêtements ustensiles et de la vaisselle	Désinfection des chaussures, sols, murs, lits, et pédiluves	Excréments, vomissures (le liquide qui en résultera ne sera pas à 2 %, voir remarque ci-après) Cadavres (2 % à utiliser pur)	
À quelle fréquence les solutions doivent-elles être préparées ?	Quotidiennement	Quotidiennement	Stable pendant une semaine si stockage adapté	
Hypochlorite de calcium (HTH) à 70 % de chlore actif	0,7 g/litre Une demie (0,5) cuillère à soupe/10 litres	3 g/litre 30 g/10 litres 2 cuillères à soupe rases/10 litres	30 g/litre 2 cuillères à soupe rases/1 litre	Perd environ 2 % de chlore actif par an
Chlorure de chaux à 30 % de chlore actif	1,5 g/litre 1 cuillère à soupe rases/10 litres	6 g/litre 60 g/10 litres 4 cuillères à soupe rases/10 litres	60 g/litre 4 cuillères à soupe rases/1 litre	Instable et à utiliser dans les 3 mois suivant la fabrication si le produit est stocké dans de bonnes conditions
Dichloroisocyanurate de sodium (DCCNa) à 1 g de chlore actif par comprimé	5 comprimés/10 litres	2 comprimés/litre	20 comprimés/litre	Le produit le plus stable
Hypochlorite de sodium (javel) à 5 % de chlore actif	10 ml/litre	40 ml/litre	400 ml/litre	Instable et à utiliser dans les 3 mois suivant la fabrication si le produit est stocké dans de bonnes conditions
Hypochlorite de sodium concentré à 15 % de chlore actif	3,3 ml/litre 33 ml/10 litres	16 ml/litre	166 ml/litre	Instable et à utiliser dans les 3 mois suivant la fabrication si le produit est stocké dans de bonnes conditions

D. Ajout de chlore aux excréments liquides ou aux vomissures

MSF recommande actuellement d'ajouter 1 cm de solution à 2 % dans le seau d'excréments (environ une demi-tasse ou 100-125 ml), puis à nouveau 100-125 ml avant l'élimination. La concentration finale approximative dans un seau de taille normale sera donc de l'ordre de 100 mg/l ou 0,01 % de chlore si le seau est presque plein (la concentration qui en résulte est inférieure aux 0,05 % recommandés pour le lavage des mains, mais supérieure à celle recommandée pour l'eau de boisson). L'OMS recommande d'utiliser une solution à 0,5 %, mais n'indique pas la quantité de solution à 0,5 % qui doit être ajoutée aux excréments liquides ou vomissures. Pour aboutir à une concentration de 2 % (20 000 mg/l) ou à une solution à 0,5 %, conformément aux recommandations de l'OMS (5 000 mg/l), il faudrait ajouter aux excréments liquides un volume équivalent de solution à 2 %. Actuellement, on ne sait pas quelle quantité de chlore actif serait nécessaire pour éliminer le vibrion et le fait de chlorer les liquides en même temps que les solides risque d'être difficile en raison des effets d'écran des particules.

Toutefois, dans le cadre d'une discussion avec MSF et l'OMS, il a été confirmé que l'ajout de chlore n'est actuellement recommandé que pour réduire quelque peu les risques, dans la mesure où les excréments liquides doivent être éliminés le plus rapidement possible dans une latrine à fosse ou un autre emplacement et parce que l'on ne sait pas si ce niveau de chlore permet d'éliminer tous les vibrions.^{iv} Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour affiner la pratique de l'ajout de chlore aux excréments liquides, vomissures ou autres.

MSF étudie actuellement la possibilité de traiter les excréments liquides à la chaux (oxyde ou hydroxyde de calcium) afin de sédimenter les éléments solides et d'augmenter le pH jusqu'à un niveau permettant d'éliminer tous les vibriens. Voir le lien vidéo suivant pour en savoir plus : www.youtube.com/watch?v=mdlQ4spFvGU.

Préparer une solution à 1 %

À défaut, une solution mère chlorée à 1 % peut être préparée et utilisée pour désinfecter l'eau de boisson. Pour obtenir des informations sur la préparation d'une solution mère chlorée à 1 %, consultez le document [WHO Cholera Outbreak \(2004\) Annexe 7, p. 81](#) et la méthode de chloration de Horrocks modifiée, WEDC, [WELL Technical Note 46: Chlorination, page 56](#).

Vérifier la concentration du chlore disponible

La concentration du chlore diminue avec le temps. Il est donc important de vérifier la concentration de votre composé chloré avant de procéder au mélange. Le tableau suivant identifie :

- la quantité de chlore actif par poids et dans des volumes déterminés pour différentes concentrations de solution chlorée ;
- le poids de deux types de composés chlorés (le HTH et la poudre de blanchiment) qui serait nécessaire par litre d'eau si chacun des composés avait conservé toute son efficacité.

Quantité de chlore dans des volumes déterminés

	Solution à 1 %	Solution à 2 %	Solution à 0,5 %	Solution à 0,2 %	Solution à 0,05 %
g de chlore actif pour 100 ml	1 g	2 g	0,5 g	0,2 g	0,05 g
g de chlore actif pour 1000 ml (1 litre)	10 g	20 g	5 g	2 g	0,5 g
mg de chlore actif pour 1000 ml (1 litre)	10 000 mg	20 000 mg	5 000 mg	2 000 mg	500 mg
mg de chlore actif pour 1 ml	10 mg	20 mg	5 mg	2 mg	0,5 mg
mg de HTH (sur la base de 65 % de chlore actif) nécessaires pour 1 000 ml de liquide	15 385 mg	30 770 mg	7 690 mg	3 077 mg	770 mg
mg de poudre de blanchiment (sur la base de 30 % de chlore actif) nécessaires pour 1 000 ml de liquide	33 330 mg	66 670 mg	16 670 mg	6 670 mg	1 667 mg

Pour vérifier la concentration du composé chloré, effectuez un test en suivant la méthode de Horrocks modifiée [WEDC, WELL Technical Note 46: Chlorination](#).

- Le test doit être effectué avec de l'eau en bouteille (dont les niveaux de contamination sont très faibles et qui ne présente pas de chlore résiduel).
- Pour connaître la quantité de chlore perdue par le composé, le test doit être réalisé de façon à ce que le chlore résiduel dans l'eau qui en résulte puisse être mesuré à l'aide d'un testeur de chlore pour piscine (dont l'amplitude est généralement de 0 à 2 mg/l, avec des intervalles de 0,2 mg/l).
- Une balance électronique de précision sera également nécessaire : elle doit pouvoir peser des éléments pesant aussi peu que 0,1 mg.

Par exemple, on souhaite obtenir une solution chlorée dont la concentration sera de 1 mg/l (1 mg de chlore actif par litre, ce qui correspond à l'amplitude médiane du testeur pour piscine) :


- Il s'agit d'une solution concentrée à 1 % (10 000 mg/l) divisée par 10 000 = 0,0001 %
- Pour le HTH (contenant 65 % de chlore actif), la quantité nécessaire à ajouter à l'eau pour obtenir une solution à 0,0001 % serait de $15\,385 / 10\,000 = 1,54$ mg/litre
- Pour appliquer la méthode de Horrocks modifiée, il faut donc utiliser des béchers de 1 litre et y ajouter :
 - Bécher 1 = 10 mg de HTH
 - Bécher 2 = 15 mg de HTH
 - Bécher 3 = 20 mg de HTH
 - Bécher 4 = 25 mg de HTH
 - Bécher 5 = 30 mg de HTH

- Par exemple, lors des mesures de chlore résiduel dans les béciers :
 - Si le bécier 2 indique un chlore résiduel proche de 1 mg/l, cela indique que le HTH a quasiment conservé sa concentration initiale (soit environ 65 % de chlore actif).
 - En revanche, si le bécier 5 indique un chlore résiduel proche de 1 mg/l, alors on peut supposer que le HTH a perdu environ la moitié de sa concentration initiale (et contient désormais environ 32 % de chlore actif).



Une fois que l'on sait quelle concentration le composé chloré a perdue, il faut adapter les volumes à ajouter pour préparer une solution à la concentration souhaitée. Par exemple, si le HTH a perdu la moitié de sa concentration en chlore, la dose à ajouter (comme indiquée dans le tableau ci-dessus) doit être doublée.


À noter : une attention particulière devra être portée au fait que la concentration peut varier dans chaque contenant de composé chloré. Le test doit donc être répété avec chaque lot de composé chloré acheté.


RESSOURCES CLÉS

Water, sanitation and hygiene in cholera treatment centres, [MSF Cholera Guidelines, Annex 9](#) (2004) 

WASH Cluster Somalia, [Guidelines for water, sanitation and hygiene in cholera treatment centres](#), 2009. 

Guide court et simplifié destiné aux CTC en Éthiopie Hygiène, sanitation and isolation aspects of CTCs, qui propose également des photos à des fins pédagogiques  

Sur le chlore et la préparation de solutions chlorées à 0,05, 0,2 et 2 % – [MSF Cholera Guidelines \(2004\), Annex 10](#) 

World Health Organization (WHO) Global Task Force on Cholera Control, [Cholera Outbreak : Assessing the outbreak response and improving preparedness](#). Geneva Switzerland (2004). Annex 7 

WEDC, WELLL Technical Note 46: Chlorination, page 56 

i Adapté des Recommandations relatives au choléra de MSF (2004), Annexe 7, pages 98-99 ; et Sphère, Appendice 2, page 129, ainsi que les recommandations de lavage des vêtements des directives de l'OMS (2004), p. 73

ii Ce chiffre est issu des MSF Cholera Guidelines (2004) et considère que pour les selles liquides, on dispose seulement 1 cm de solution à 2 % dans le seau (p. 107), puis on y ajoute 100-125 ml (1/2 tasse) avant l'élimination finale (p. 119). Si des quantités plus importantes de chlore doivent être ajoutées, il faut augmenter l'approvisionnement en chlore.

iii Adapté des MSF Cholera Guidelines (2004), annexe 10, page 114.

iv Communication personnelle avec Jeff Fesselet, MSF et Margaret Montgomery, OMS, juin 2012.

Points de réhydratation orale (ORP) : planification et conseils

Préface : stratégies de réhydratation communautaire

Toute stratégie globale de traitement du choléra repose non seulement sur la mise en place de centres de traitement du choléra (CTC) et de services de traitement du choléra (STC), mais également sur le soutien des services communautaires pour assurer une réhydratation précoce lorsque la distance, les conditions de sécurité ou d'autres obstacles limitent l'accès immédiat aux hôpitaux ou aux établissements de traitement du choléra. Les agents de santé communautaire ou les aides-soignants formés aux aspects importants du traitement du choléra peuvent jouer un rôle crucial en améliorant l'accès à la réhydratation précoce, qui permet d'empêcher l'évolution vers une déshydratation modérée ou sévère, et ainsi de sauver des vies. Les activités ci-dessous doivent être développées en fonction des ressources disponibles.

1. Distribution de fournitures :

Les agents de santé communautaire peuvent distribuer des sachets de sels de réhydratation orale (SRO) et des produits de traitement de l'eau aux membres de la communauté à partir de tout point fixe.

2. Information et réhydratation communautaire à domicile :

Les agents de santé communautaire peuvent rendre visite aux malades, contribuer au bon traitement de l'eau et à la préparation des solutions de SRO, mais également fournir des informations sur l'assainissement, la réhydratation et l'importance d'un recours précoce aux soins au sein d'un établissement de santé.

3. Mise en place d'un point de réhydratation orale (ORP) :

Un ou deux agents de santé communautaire ou aides-soignants peuvent tenir un ORP fixe mis en place et supervisé par l'établissement de traitement du choléra de référence ou l'organisation non gouvernementale (ONG) partenaire en charge de l'établissement, en coordination avec le ministère local ou départemental de la Santé. Les agents de santé communautaire ou les aides-soignants amorcent le processus de réhydratation, assurent le contrôle de l'infection, orientent les patients vers des établissements de santé (en leur fournissant un moyen de transport si nécessaire) et informent les patients et les membres de la communauté sur le choléra.

Le guide de formation du CDC sur le choléra (*Haiti Cholera Training Resources: Community Health Worker Materials*) fournit toutes les informations nécessaires.

Le présent document a pour objectif d'aider les organisations gérant des établissements de traitement du choléra à mettre en place des ORP dans la zone qu'elles desservent.

Introduction

Les *points de réhydratation orale* (ORP) sont des sites communautaires qui permettent un accès rapide aux solutions de sels de réhydratation orale (SRO) au sein des communautés. Les ORP sont généralement tenus par des agents de santé communautaire ou des aides-soignants qui sont formés aux aspects importants de la prise en charge du choléra, ont accès à une source d'eau et reçoivent régulièrement des produits permettant de purifier l'eau, des sachets de SRO et d'autres fournitures. Les ORP doivent orienter tous les malades vers un établissement de traitement du choléra situé à proximité : un centre de traitement du choléra (CTC), un service de traitement du choléra (STC) ou tout autre établissement de santé habilité à administrer une réhydratation intraveineuse. La formation, la coordination et le réapprovisionnement doivent être assurés par l'établissement de traitement du choléra de référence ou l'organisation partenaire de mise en œuvre. Pour assurer un accès rapide aux services de réhydratation orale, les ORP doivent être situés dans des lieux facilement accessibles pour tous (par exemple, à moins d'une heure de marche). Dans une zone rurale, il peut être judicieux de mettre en place un établissement central de traitement du choléra et des ORP dans chacun des villages desservis par l'établissement. Les ORP doivent être ouverts au moins 12 heures par jour, voire 24 heures sur 24 s'il n'existe aucun établissement de traitement du choléra à proximité. Dans certaines conditions, le personnel des ORP peut être amené à rendre visite aux malades à domicile si le trajet vers un établissement de traitement du choléra éloigné n'est pas envisageable (nuit ou mauvaises conditions de sécurité) ou pas possible (patient handicapé, mauvaises conditions météorologiques ou inondations).

A. Objectifs

Objectifs des ORP :

1. Distribuer des sachets de SRO et des produits de traitement de l'eau pour permettre la dissolution des SRO en toute sécurité ;
2. Informer les patients sur la technique adéquate de préparation des solutions de SRO ;
3. Amorcer le processus de réhydratation des patients et les orienter vers l'établissement de traitement du choléra le plus proche

B. Mise en place d'un réseau d'ORP

Toute zone ne disposant pas d'un accès facile à un établissement de santé ou à un établissement de traitement du choléra dédié doit disposer d'un ORP. Les ORP doivent être répartis en fonction de la densité démographique et des besoins de la population :

- Villes/populations à forte densité :
 - Il est recommandé de créer 5 à 10 ORP par établissement de traitement du choléra.
- Campagnes/populations à faible densité :
 - Il est recommandé de créer 1 ORP par village
 - Chacun doit avoir accès à un ORP ou à un agent de santé communautaire distribuant des produits établi à moins d'une heure de marche.

Choix de l'emplacement des ORP

Les membres de la communauté doivent choisir l'emplacement de l'ORP, qu'il s'agisse d'un dispensaire (clinique de jour) existant, d'un magasin de proximité, d'une école, d'une église ou de tout autre espace communautaire.

Les autres éléments à prendre en compte sont les suivants :

Other considerations include:

- L'ORP doit avoir accès à une source d'eau proche (fournissant au moins 10 litres par patient et par jour).
- L'ORP doit disposer de latrines ou d'une zone permettant la construction de latrines.
- S'il est situé en extérieur, l'ORP doit disposer d'une bâche de protection.
- S'il est situé à l'intérieur ou à côté d'un dispensaire existant, l'ORP doit être séparé des autres unités de soins.
- L'ORP doit être équipé d'une enseigne ou d'un drapeau de couleur indiquant sa fonction.

Flexibilité des emplacements et réévaluation des besoins

Idéalement, l'établissement de traitement du choléra participe au choix de l'emplacement des ORP dans la zone qu'il dessert, en collaboration avec le Ministère de la Santé et d'autres partenaires. En cas de progression de l'épidémie, l'emplacement des ORP peut être ajusté en fonction des besoins des communautés touchées, à la demande du Ministère de la Santé et de ses partenaires. Par exemple, le fait qu'un nombre disproportionné de patients originaires d'une zone spécifique meurent au sein de la communauté ou peu de temps après leur arrivée au sein de l'établissement de traitement du choléra peut indiquer un accès inadéquat aux soins. Dans ce cas, l'établissement de traitement du choléra doit mettre en place ou déplacer des ORP pour garantir une meilleure couverture de la zone.

Flux de communication et de fournitures

L'établissement central de traitement du choléra ou l'organisation partenaire de mise en œuvre doit superviser les ORP qui lui envoient des patients et coordonner la communication avec le MSPP. Chaque ORP doit disposer d'un établissement de traitement du choléra dédié pour orienter ses patients. Les demandes de fournitures et le décompte des cas doivent être transmis chaque jour à l'établissement central de traitement du choléra. Celui-ci doit s'assurer que les ORP qu'il supervise disposent de fournitures adéquates et sont régulièrement réapprovisionnés.

OPR mobiles

Dans les zones rurales les plus isolées, il peut être utile de mettre en place des ORP mobiles. Leur rôle se limite à la distribution de sachets de SRO ou de produits de traitement de l'eau domestique auprès des malades, à la préparation de solutions de SRO pour les malades et à l'information des malades et des membres de la communauté. Les agents de santé communautaire peuvent se déplacer à pied, à moto, à vélo ou par tout autre moyen pour assurer leurs visites à domicile et la distribution de SRO.

C. Conditions de mise en place d'un ORP

Considérations d'ordre logistique

Chaque ORP doit disposer de personnel formé, d'un espace dédié, de fournitures, de latrines, de zones d'évacuation des déchets liquides et solides, de procédures de contrôle de l'infection et de gestion des déchets établies, mais également d'un mécanisme de conservation, de suivi et d'évaluation des dossiers des patients.

Personnel et fournitures

Personnel

Un ou deux agents de santé communautaire ou aides-soignants

Fournitures

Eau purifiée et préparation des solutions de SRO

- Sachets de SRO
- Pastilles de chlore ou autres produits de traitement de l'eau
- Bidons hermétiques de 20 litres avec robinets
- Verres doseurs d'un litre
- Tasses et cuillers
- Table

Nettoyage et désinfection

- Savon
- Gants jetables sans latex et gants en caoutchouc
- Eau de Javel et/ou granules de chlore
- Bottes en caoutchouc
- Serpillère et seau
- Vasques séparées pour le lavage des mains et la vaisselle
- Chiffons

Matériel de soins

- Chaises
- Seaux pour recueillir les selles et les vomissures

Autres matériels

- Bâche, poteaux et corde (si l'ORP est situé en extérieur)
- Téléphone portable avec forfait
- Carnet de suivi
- Stylos
- Guide de formation du CDC (Haiti Cholera Training Resources: Community Health Worker Materials)
- Documents d'information

Lors de l'élaboration des plans d'un ORP, il faut prévoir des zones séparées pour le traitement de l'eau, la préparation des SRO et l'observation des patients, ainsi que des structures adéquates d'assainissement, d'hygiène et d'évacuation des déchets. Un modèle de plan pour ORP est disponible en annexe.

Procédures de contrôle de l'infection et de gestion des déchets

Contrôle de l'infection

- Se laver les mains avec du savon ou une solution chlorée à 0,05 % avant et après chaque interaction avec les patients
- Porter des gants en caoutchouc lors de la préparation des solutions chlorées et de la manipulation des selles ou des vomissures
- Remplir les seaux utilisés pour recueillir les selles et les vomissures avec une solution chlorée à 2 % jusqu'à une hauteur de 1 cm
- Désinfecter les bâches, les chaises et le sol de l'ORP au moins deux fois par jour avec une solution chlorée à 0,5 %

Gestion des déchets

- Jeter les vomissures et les selles dans des latrines ou dans une fosse réservée à cet effet
- Désinfecter les abords des latrines ou de la fosse deux fois par jour avec une solution chlorée à 2 %

Conservation et transmission des données

Chaque ORP doit consigner les informations suivantes (répertoriées par ordre de priorité) sur chaque patient dans le carnet de suivi :

1. nom du patient ;
2. village, localité, agglomération ou commune ;
3. âge (< 5 ans ; ≥ 5 ans, on peut aussi utiliser l'âge de 2 ans) ;
4. temps de trajet et mode de déplacement ;
5. nombre de pastilles de chlore et de paquets de SRO distribués ;

6. actions menées par le personnel (par exemple, distribution de sachets de SRO ou de solutions de SRO prêtes à l'emploi) ;
7. issue (par exemple, orientation du patient vers un établissement de traitement du choléra, retour à la maison ou décès au sein de l'ORP).

Idéalement, ces données doivent être transmises quotidiennement à l'établissement de traitement du choléra de référence.

D. Responsabilités et formation du personnel

Au sein de l'ORP, les agents de santé communautaire sont chargés d'informer les patients et les familles, de purifier l'eau, de stocker l'eau purifiée, de préparer les SRO, d'amorcer le processus de réhydratation, d'orienter les patients vers des établissements de santé, mais également d'assurer le nettoyage et la désinfection. Si la formation des agents de santé communautaire doit s'appuyer sur la totalité du guide de formation du CDC mentionné en référence (*Haiti Cholera Training Resources: Community Health Worker Materials*), les modules ci-dessous traitent spécifiquement du fonctionnement des ORP.

Module 2 - Ce qu'il faut savoir sur le choléra

Module 3 - Guide décisionnel pour la prise en charge des patients atteints de diarrhée aqueuse

Module 4 - Techniques de lavage des mains appropriées

Module 5 - Préparation des SRO

Module 6 - Purification de l'eau avec Aquatabs®

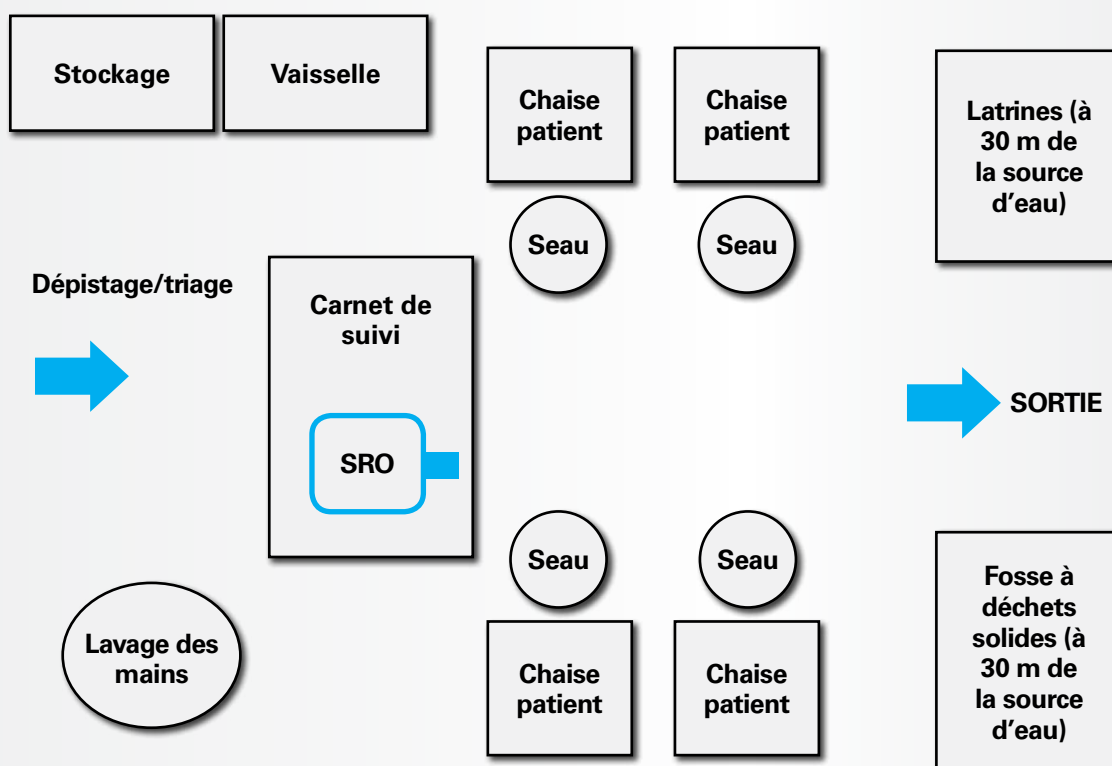
Module 9 - Stockage de l'eau purifiée

Module 11 - Techniques d'assainissement et de nettoyage

Reference

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Haiti Cholera Training Resources: Community Health Worker Materials](#). 

Appendix: Suggested ORP Floor Plan



Les sections ci-dessous identifient les besoins en effectifs des établissements de santé et autres structures assurant la prise en charge du choléra.

Effectifs des ORP au sein des communautés

Un ORP peut être tenu par un agent de santé communautaire, un responsable communautaire ou tout autre membre respecté de la communauté ayant suivi une formation appropriée. Il est utile de former plusieurs personnes afin de garantir le maintien des services en cas de maladie, d'absence ou de congé. Il est également judicieux de former les responsables communautaires afin de renforcer la légitimité des interventions proposées par la personne gérant l'ORP. L'ORP peut être basé au domicile de l'un des membres de la communauté, dans un lieu public ou une structure autonome au sein de la communauté.

Effectifs des petits établissements de santé avec ORC (1 à 5 lits)

Un petit établissement de santé est généralement tenu par un ou plusieurs professionnels de santé (infirmiers ou aides-soignants). Il peut également employer des agents d'entretien, des agents de sécurité ou un technicien de laboratoire, en fonction de sa taille et de son emplacement.

Il reçoit généralement les patients en consultations externes, mais peut être amené à hospitaliser les malades et à fournir un service continu pendant les épidémies de choléra, en embauchant des agents de santé et d'appui supplémentaires.

En cas de délocalisation d'agents de santé originaires d'autres régions, il peut être nécessaire de trouver des hébergements supplémentaires, par exemple en transformant des chambres existantes ou en installant des tentes. Du matériel de cuisine, des lits de camp, des couvertures et des ustensiles peuvent également être nécessaires.

Effectifs des STC (jusqu'à 20 lits) et des CTC (jusqu'à 200 lits)

Le personnel d'un STC ou d'un CTC se compose obligatoirement de professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-infirmiers et pharmaciens), mais également d'agents administratifs et de différents agents d'appui (logisticien/spécialiste de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, magasinier, gardien, agent d'entretien, agent chargé de la désinfection par pulvérisation de solutions chlorées, formateur à l'hygiène, porteur d'eau, cuisinier, agent de blanchisserie et agent mortuaire) travaillant en poste pour garantir des périodes de repos et un service continu. La plupart des agents d'appui doivent être recrutés au sein de la communauté touchée et capables d'assumer leur rôle avec une formation de base.

Effectifs des équipes mobiles d'appui, d'encadrement et de suivi


Lorsque les effectifs sont insuffisants, mais que le personnel en place fait tout son possible malgré le manque de ressources, il est utile de créer une équipe mobile d'appui, d'encadrement et de suivi. Celle-ci peut passer d'établissement en établissement pour suivre la situation, proposer des formations pratiques et assurer un encadrement constructif. Tout en améliorant les capacités et le moral du personnel travaillant dans des conditions difficiles, cette équipe a une vue d'ensemble qui lui permet d'identifier les principaux problèmes d'affectation des ressources et de demander des ressources supplémentaires pour combler ces lacunes.

Idéalement, toute équipe mobile doit intégrer des professionnels de santé et des professionnels de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène expérimentés, connaissant bien la prévention, la préparation et plus particulièrement la lutte contre le choléra. Ces professionnels doivent être en mesure d'adapter leurs connaissances à différentes situations et conditions.

Besoins en effectifs

Le tableau ci-dessous offre un aperçu objectif des besoins en effectifs d'établissements de santé de différentes tailles, en tenant compte des éléments suivants :

- Prévoir un travail en poste et des périodes de repos pour éviter tout surmenage pendant les épidémies prolongées
- Le personnel peut passer d'un établissement à l'autre pour suivre la dynamique et l'évolution géographique de la flambée, mais il faut alors s'assurer que le personnel délocalisé peut être hébergé, se reposer et se préparer à manger pendant son temps de repos.

Consultez les [MSF Cholera Guidelines \(2004\)](#)  (p. 39 à 41) pour plus d'informations sur les besoins en effectifs des CTC et des STC.

Ressources humaines - Rôles identifiés	Au sein d'un établissement hospitalier ou équivalent (CTC)	Au sein d'un établissement hospitalier ou équivalent (CTC) 25 à 50 lits	Au sein d'un établissement de taille moyenne pour les malades hospitalisés (STC) 10 à 20 lits	Petit établissement de santé avec ORC (utilisation occasionnelle de 1 à 5 lits)
Coordonnateur/superviseur du CTC	1	1		
Administrateur (également statisticien, archiviste et rapporteur)	1	1		
Médecin	5	1 à 2		
Infirmier	45	15 à 30	6 à 12 infirmiers (1 pour 5 lits par poste de 8 heures : dépistage, pharmacie, traitement et enregistrement)	3
Aide-infirmier	45	5 à 10	6 aides-infirmiers (2 par poste + 1 en repos : préparation des SRO et information des patients)	3
Pharmacien	2	1		
Logisticien et spécialiste de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	1	1		
Responsable de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène	2	1		
Responsable de la logistique	2	1		
Magasinier	3	1		
Gardien/agent de sécurité	18	3-6	6 gardiens/agents de sécurité (2 par poste : contrôle des mouvements, suivi des procédures d'hygiène avant la sortie)	3 gardiens/agents de sécurité
Cuisinier	2	1		
Aide-cuisinier	8	4		
Agent de blanchisserie	6	3	3 agents d'entretien/préparateurs de solutions chlorées/agents de blanchisserie (1 par poste : nettoyage, préparation des solutions chlorées, pulvérisation et désinfection des seaux)	2 agents d'entretien/préparateurs de solutions chlorées/agents de blanchisserie
Agent d'entretien	7	3		
Préparateur de solutions chlorées	3	1		
Formateur à l'hygiène	2	1		
Porteur d'eau	6	2		
Brancardier	6	2		
Total	165	48 à 72	21 à 27	11

Remarque : dans certaines situations, de tels effectifs ne sont pas disponibles. Vous pouvez alors recruter des personnes originaires d'autres régions pour assurer un niveau minimal de soins et permettre au personnel de se reposer.

Pour utiliser une version modifiable de ce tableau Excel, veuillez cliquer ici 

Date ____ / ____ / ____

INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Nom _____

Adresse _____

Niveau administratif _____

Type (public, ONG, mixte...) _____

ONG responsable _____

Capacité d'accueil de l'établissement _____

INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉVALUATION

Nom des évaluateurs _____

Personne de l'établissement participant à l'évaluation _____

Notes _____

ACCÈS À L'ÉTABLISSEMENT / POINT D'ENTRÉE _____

- Entrée de l'établissement est clairement identifiée.
- Des lave-mains sont installés à l'entrée et équipés d'une solution chlorée à 0,05 %.
- L'entrée est équipée d'un pédiluve ou d'un dispositif de pulvérisation pour chaussures et d'une solution chlorée à 0,2 %.
- Un agent est posté à l'entrée 24 heures sur 24 pour vérifier que le lavage des mains et des chaussures est bien effectué.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

ORGANISATION DE L'ESPACE _____

- La configuration et l'accès aux différents espaces sont organisés de façon logique (voir **annexe 8E**)
- Les patients sont séparés en fonction du degré de gravité de leur maladie (voir **annexe 8E**)
- Tous les espaces sont maintenus en ordre, propres et bien rangés.
- Des lave-mains équipés d'une solution chlorée à 0,05 % sont installés à l'entrée et à la sortie des salles de l'établissement.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

ZONES DETRIAGE/ADMISSION ET D'OBSERVATION (PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIE LÉGÈRE À MODÉRÉE) _____

- Les patients sont bien accueillis.
- L'heure d'arrivée des patients est clairement consignée.
- Les informations sont correctement remplies et l'adresse du patient consignée.
- La tranche d'âge du patient (< 5 <2 ans ou > 5 ans) est clairement consignée.
- Les patients sont évalués et le degré de gravité de leur état déterminé conformément au protocole.
- Les cas graves bénéficient immédiatement d'une perfusion et sont transférés vers l'unité d'hospitalisation.
- L'état des patients est évalué toutes les 30 minutes.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

CUISINE ET REPAS _____

Les repas sont fournis par l'établissement et préparés dans un espace réservé à cet effet.

Seul le personnel de cuisine est autorisé à pénétrer dans la cuisine et à manipuler les aliments.

Si des aliments sont apportés par les proches s'occupant des patients, ils doivent faire l'objet d'un contrôle et de préférence être transvasés dans un nouveau récipient à l'entrée (le nouveau récipient doit être nettoyé et conservé dans l'établissement).

Des lave-mains sont installés et équipés d'une solution chlorée à 0,05 %.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

VAISSELLE _____

Il existe une zone réservée au nettoyage de la vaisselle.

Les tasses utilisées pour les SRO sont nettoyées à l'aide d'une solution chlorée à 0,05 %.

La vaisselle est nettoyée à l'aide d'une solution chlorée à 0,05 %.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

EAU _____

L'eau est disponible en permanence et dans tous les endroits critiques (pour la cuisine et la préparation des SRO, le lavage des mains, les bains/douches et l'entretien).

La turbidité de l'eau potable est inférieure à 5NTU et le chlore résiduel est compris entre 0,5 et 1 mg/l. L'eau fait l'objet de vérifications régulières.

La quantité d'eau stockée est suffisante pour au moins 3 jours (sur la base de 60 litres/patient/jour et 15 litres/soignant/jour).

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

HYGIÈNE _____

Les lave-mains sont équipés de canalisations se déversant dans une fosse couverte ou des seaux. Le cas échéant, les seaux sont vidés dans une fosse couverte/latrine lorsqu'ils sont pleins.

Les professionnels de santé et les proches se lavent les mains systématiquement après avoir touché le patient.

L'établissement dispose d'1 cabinet de douche/salle d'eau pour 50 patients ou proches s'occupant des patients (au minimum 2, pour hommes et pour femmes).

L'établissement dispose au minimum de 2 cabinets de douche/salles d'eau (hommes/femmes) réservés au personnel dans la zone neutre.

Du personnel d'entretien est présent dans l'établissement 24 heures sur 24.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

DÉSINFECTION _____

Des solutions chlorées à 0,2 et 0,05 % sont préparées tous les jours.

Le pédiluve est régulièrement imprégné d'une solution adaptée.

Le sol de chaque tente est nettoyé à l'aide d'une solution chlorée à 0,2 % 3 fois par jour et aussi souvent que nécessaire.

Les lits sont désinfectés après chaque usage à l'aide d'une solution chlorée à 0,2 % et mis à sécher au soleil.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

LATRINES _____

L'établissement dispose d'1 latrine pour 20 patients ou proches s'occupant des patients dans la zone de triage/admission et dans la zone de récupération (*min. 2, pour hommes et pour femmes*).

L'établissement dispose d'1 latrine pour 50 patients ou proches s'occupant des patients dans la zone d'hospitalisation (*min. 2, pour hommes et pour femmes*).

L'établissement dispose au minimum de 2 latrines (hommes/femmes) réservées au personnel dans la zone neutre.

L'établissement dispose au minimum de 2 latrines (hommes/femmes) réservées aux visiteurs à l'extérieur du site.

Les latrines sont faciles à nettoyer et sont nettoyées plusieurs fois par jour à l'aide d'une solution chlorée à 0,2 % (*ly compris les dalles et murs jusqu'à 1 m ou jusqu'à la hauteur des éclaboussures*).

Toutes les latrines (séparées pour les hommes et les femmes) sont équipées de lave-mains dotés d'une solution chlorée à 0,05 %.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

GESTION DES DÉCHETS _____

Les poubelles sont vidées et nettoyées régulièrement.

L'établissement dispose d'une zone réservée à l'enfouissement des excréments et vomissures des patients sévèrement touchés (ou d'une autre méthode d'élimination sûre, comme une fosse à latrine).

La gestion des déchets est assurée de façon optimale (incinérateur/fosse septique).

Les boues sont régulièrement évacuées des latrines par des professionnels spécialisés et sont éliminées de façon sûre.

La zone réservée à l'élimination des excréments est isolée.

Des lave-mains sont installés et équipés d'une solution chlorée à 0,05 %.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

GESTION DES CADAVRES _____

L'établissement dispose d'une zone isolée réservée aux cadavres.

Des lave-mains sont installés et équipés d'une solution chlorée à 0,05 %.

Des agents identifiés ont été formés à la préparation et à la désinfection des cadavres.

Les cadavres sont désinfectés à l'aide d'une solution chlorée à 2 % (voir **annexe 9D** pour plus d'informations sur la gestion des cadavres).

L'établissement dispose de housses mortuaires en quantité suffisante.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

STOCKS _____

- HTH
- Gants
- SRO
- Ringer Lactate
- Cathéters
- Chlore
- Doxycycline
- Érythromycine

1 month	15 days	7 days	Commentaires

GESTION DES DONNÉES _____

- Le nombre de patients reçus dans l'établissement est correctement enregistré.
- Le nombre de patients perfusés est correctement enregistré.
- Le nombre de décès est enregistré et le jour et l'heure consignés.
- Les données de l'établissement sont régulièrement transmises au MS et à l'échelon provincial/du district.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

SERVICES D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET DE COMMUNICATION ET SERVICES COMMUNAUTAIRES

- Les patients non guéris qui quittent l'établissement avec leurs familles sont informés du suivi et de la prise en charge à domicile.
- Un suivi du patient à domicile est mis en place.
- Pour les cas graves, l'établissement est en mesure de s'assurer que le domicile du patient est désinfecté.
- L'établissement dispose d'une ambulance ou d'un moyen permettant de transférer les patients.
- L'établissement dispose d'une liste à jour des CTC dans les départements, affichée publiquement.
- L'établissement dispose d'un numéro de téléphone pour joindre les services ambulanciers.
- L'établissement dispose d'un numéro de téléphone pour joindre les services de transport de corps.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

ZONE DE SORTIE _____

- L'établissement dispose d'une unité de récupération identifiée.
- La zone de sortie est différente et séparée de la zone d'entrée.
- Un agent est posté 24 heures sur 24 à la sortie pour vérifier que le lavage des mains et des chaussures est bien effectué.

Excellent	Moyen	Mauvais	Commentaires

ÉVALUATION DU RL DE L'ÉTABLISSEMENT _____

- Enregistrement des décès et indication du laps de temps écoulé (avant ou après les 4 heures suivant l'admission).

Aucun	<4 h	>4 h	Commentaires

Recommandations d'améliorations à l'issue de la visite

Recommandations d'améliorations immédiates

1.

2.

3.

4.

5.

Thème	Message(s) clé(s)	Commentaires
À l'arrivée et pendant le séjour du patient		
Lavage des mains à l'eau désinfectante	Lavez-vous fréquemment les mains avec l'eau désinfectante fournie, en particulier après être allé aux toilettes, après avoir été en contact avec des selles ou des vomissements et avant de préparer le repas, de manger ou de donner à manger à quelqu'un.	<ul style="list-style-type: none"> Montrez au patient et à la personne qui s'occupe de lui où ils peuvent se laver les mains. Affichez des messages de rappel à tous les points de lavage des mains.
Importance des SRO	<ul style="list-style-type: none"> Suivez les indications qui vous ont été fournies. Les SRO ou la perfusion font partie intégrante de votre traitement et sont tout aussi importants que les antibiotiques qui vous ont peut-être été prescrits. Un traitement antibiotique n'est pas toujours nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Au sein de l'établissement, une personne doit être chargée d'indiquer aux patients la quantité de SRO à boire. Il faut promouvoir activement les SRO, ne pas laisser quelqu'un les boire seul. Une mauvaise suppléance hydrique est extrêmement dangereuse. Indiquez la quantité précise à absorber pendant un laps de temps donné. En l'absence de supervision ou à la maison, il est conseillé de boire un verre de SRO (200 ml) après chaque selle liquide. Les enfants doivent boire autant qu'ils peuvent, en respectant un minimum de 100 ml après chaque épisode de diarrhée. Fournissez un tableau récapitulatif au patient ou à la personne qui s'occupe de lui.
Utilisation des toilettes	<ul style="list-style-type: none"> Utilisez uniquement les toilettes qui vous sont réservées (respectez l'affichage). Lavez-vous systématiquement les mains à l'eau désinfectante après être allé aux toilettes. 	<ul style="list-style-type: none"> Assurez-vous que les toilettes des patients, des aidants familiaux et du personnel sont clairement identifiées. Indiquez à chacun l'emplacement des toilettes.
Allaitement des bébés	Dans la mesure du possible, poursuivez l'allaitement : le lait maternel ne transmet pas le choléra et présente une excellente valeur nutritive pour l'enfant.	<ul style="list-style-type: none"> Encouragez la mère à poursuivre l'allaitement. Assurez-vous que chaque bébé ou nourrisson hospitalisé avec sa mère est identifié et que vous disposez des coordonnées d'un autre parent proche. Pour plus d'informations, consultez l'annexe 8D - Alimentation du nourrisson et du jeune enfant et choléra
Soutien psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> Le choléra est facile à traiter et c'est ici que vous recevrez les meilleurs soins. N'importe qui peut attraper le choléra, vous n'avez rien à vous reprocher. Les infirmiers et les médecins sont là pour vous aider et pour vous soigner. N'hésitez pas à leur poser toutes les questions qui vous préoccupent. Dites-nous si nous pouvons faire quoi que ce soit pour améliorer votre prise en charge. 	Les patients et les aidants familiaux peuvent ressentir de la peur, de la honte et/ou de la colère. Écoutez attentivement leurs peurs et leurs émotions pour les aider à les surmonter.
Thème	Message(s) clé(s)	Commentaires
Au moment de la sortie		
Maintien d'un bon état de santé	Retournez au centre si : <ul style="list-style-type: none"> vous commencez à avoir des selles molles et plus fréquentes ; vous perdez l'appétit ; vous recommencez à vomir ; vous vous sentez mal ou vous avez de la fièvre 	Il peut être utile de communiquer des informations écrites ou visuelles au moment de la sortie.

Thème	Message(s) clé(s)	Commentaires
Prévention du choléra auprès des autres membres de la famille ou de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Buvez de l'eau potable. • Évacuez les excréments de manière hygiénique. • Lavez-vous les mains à l'eau et au savon aux moments critiques. • Préparez les repas en toute sécurité 	<p>Dans la mesure du possible, ces messages doivent être adaptés à chaque patient, en fonction de la situation à domicile.</p> <p>Consultez l'annexe 7E pour connaître les messages clés.</p>
Préparation et utilisation des SRO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavez-vous les mains à l'eau et au savon (ou avec des cendres) avant de préparer le mélange. 2. Videz le contenu d'un paquet de SRO dans un récipient hermétique propre. Ajoutez un litre d'eau salubre, puis mélangez. Si vous n'ajoutez pas suffisamment d'eau, vous risquez d'aggraver la diarrhée. 3. Ajoutez uniquement de l'eau. Ne mélangez pas les SRO avec du lait, de la soupe, du jus de fruit ou des boissons gazeuses. N'ajoutez pas de sucre, de sel ni quoi que ce soit d'autre. 4. Mélangez bien et faites boire le mélange à l'enfant dans une tasse propre. N'utilisez pas de biberon ou de bouteille. 5. Vous pouvez utiliser le mélange dans les 24 heures suivant sa préparation. Jetez ensuite toute quantité restante. 	<p>Vous pouvez également donner des instructions écrites sur la préparation et l'utilisation des SRO. Fournissez suffisamment de SRO pour que le patient puisse les utiliser à domicile pendant les deux jours suivant sa sortie.</p> <p>Consultez l'annexe 8C pour plus d'informations.</p>
Alimentation des nourrissons	<ul style="list-style-type: none"> • Choisissez l'allaitement exclusif pour les nourrissons de moins de six mois. • Continuez à allaiter les bébés plus âgés tout en leur fournissant des aliments complémentaires préparés dans de bonnes conditions d'hygiène. • Si vous utilisez du lait maternisé, veillez à le préparer dans de bonnes conditions d'hygiène en utilisant de l'eau bouillie qui reste suffisamment chaude pour tuer les bactéries dans la préparation. • Lavez-vous les mains à l'eau et au savon avant de donner à manger à votre enfant. 	<p>Si l'allaitement a été temporairement interrompu du fait que la mère était inconsciente ou incapable d'allaiter son enfant, il doit être repris dès que possible. Une mère devra continuer à allaiter son enfant tant qu'elle est consciente et que cela ne nuit pas à son état de santé.</p>
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de continuer à manger équilibré. Reprenez dès que possible vos habitudes alimentaires et une alimentation normale. • Tous les enfants reçoivent des comprimés de zinc. • Les enfants présentant une malnutrition modérée peuvent avoir besoin de suppléments en vitamine A pendant les 24 ou 48 premières heures de la thérapie de réhydratation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournissez des informations adaptées sur les principales sources de protéines, de lipides et de glucides. • La dose recommandée est de 10 à 20 mg de zinc (en comprimés ou en sirop) pendant 10 à 14 jours. • 10 mg de zinc par jour pour les nourrissons de moins de 6 mois, sachant que le choléra est rare chez les enfants de cet âge.

Les partenaires impliqués dans la lutte contre le choléra doivent être particulièrement attentifs à deux éléments clés : les groupes les plus vulnérables et l'importance des activités de riposte axées sur la protection.

1. Groupes les plus vulnérables

Les activités de prévention et de riposte doivent prendre en compte les besoins spécifiques des groupes les plus vulnérables et des groupes « difficiles à atteindre ». Il s'agit notamment des enfants, des femmes (en particulier les femmes chefs de famille), des personnes âgées, des personnes handicapées, des réfugiés et des demandeurs d'asile (en milieu urbain), mais également des personnes placées en institution (y compris les détenus). Cette remarque s'applique également à l'élaboration et à la distribution de supports d'information, d'éducation et de communication.

2. Ripostes axées sur la protection

Les agences doivent s'assurer que leurs activités de riposte n'aggravent pas, mais tout au moins atténuent les risques que les bénéficiaires encourent. Par exemple, la conception et l'emplacement inappropriés des équipements sanitaires et de distribution d'eau peuvent nuire à la sécurité des femmes et des filles. Les familles peuvent par ailleurs se trouver accidentellement séparées si un parent est conduit dans un centre de traitement du choléra (CTC) sans avoir pu prendre des dispositions adéquates pour la garde de son/ses enfant(s).

Réalisez une évaluation des plans de lutte contre le choléra de votre agence pour identifier d'éventuels risques et lacunes en matière de protection. La ventilation des données par âge et par sexe vous permettra d'identifier les groupes les plus exposés.

Les sections ci-dessous proposent des conseils plus détaillés sur la réduction des risques pour les enfants, les femmes et les réfugiés en milieu urbain, mais également sur la prise en compte de leurs besoins spécifiques.

Les enfants et la lutte contre le choléra

Il ne faut pas négliger les besoins spécifiques liés au développement des enfants dans la conception et la mise en œuvre des interventions.

Ventilation des données sur les patients cholériques par âge et par sexe

- Il faudrait disposer de données ventilées par âge et par sexe pour savoir qui sont les enfants touchés et comment les protéger au mieux. Ces statistiques n'existent pas encore. Idéalement, les données devraient être ventilées selon les groupes d'âge suivants : de 0 à 5 ans, de 6 à 12 ans et de 13 à 17 ans, ou au moins de 0 à 5 ans et de 6 à 17 ans.

Prise en compte et prévention de la séparation accidentelle des familles

En cas d'urgence médicale, un enfant peut se trouver séparé de ses parents du fait des modalités de leur prise en charge. Une telle séparation peut être traumatisante et devenir définitive, en particulier si l'enfant est jeune. Les mesures de prévention suivantes doivent donc être mises en place :

- Si une mère malade est hospitalisée avec un bébé ou un jeune enfant, assurez-vous que vous connaissiez son identité et que vous disposiez des coordonnées d'un parent proche. En cas de décès de la mère, vous pourrez ainsi retrouver la famille du bébé.
- Avant d'éloigner un enfant malade de sa communauté ou de sa famille, assurez-vous que vous disposez des coordonnées d'un parent proche, que l'enfant conservera sur lui. Une fois guéri, l'enfant pourra ainsi retrouver sa famille.
- Avant d'éloigner une mère malade de ses jeunes enfants, confiez ces enfants à un adulte responsable (parent proche ou voisin). Assurez-vous que la personne qui s'occupe temporairement des enfants connaisse la destination de leur mère.
- Lorsqu'un adulte est hospitalisé, demandez-lui s'il a des enfants et s'il a pu prendre des dispositions adéquates pour leur garde. Dans le cas contraire, contactez une ONG spécialisée ou le ministère de la Protection sociale en vue d'un suivi.
- Si vous apprenez qu'un enfant se trouve séparé de ses parents ou de la personne qui s'occupe de lui, prévenez immédiatement une agence pouvant vous apporter une aide rapide, par exemple le ministère de la Protection sociale, une ONG spécialisée ou l'UNICEF. Vous devez accorder la priorité absolue aux bébés et aux jeunes enfants se trouvant dans cette situation.

¹ Le concept de vulnérabilité joue un rôle essentiel dans l'identification des groupes les plus exposés dans les situations de crise. Il repose sur une évaluation de la capacité qu'a chaque individu de répondre aux événements extérieurs. Certaines personnes ou certains groupes peuvent être considérés comme plus vulnérables que d'autres du fait des caractéristiques qui leur sont propres ou de la façon dont la société les perçoit/les traite.

Éducation à la santé et à l'hygiène relative au choléra (signes, symptômes et prévention)

- **Les enfants doivent bénéficier d'informations de première main sur la santé et sur l'hygiène** – que ce soit dans les lieux qu'ils fréquentent : écoles, églises, aires de jeux, crèches, clubs d'enfants, établissements spécialisés (refuges, foyers pour jeunes délinquants ou orphelinats) ou dans le cadre des visites à domicile.
- Sensibilisez les enfants de moins de cinq ans à la santé et à l'hygiène dans les centres de développement du jeune enfant (ECD) et les crèches en organisant des jeux, des démonstrations et des jeux de rôle. Une fois rentrés chez eux, ces enfants transmettront automatiquement leurs connaissances à leur mère ou à la personne qui s'occupe d'eux.
- Formez les adolescents à l'éducation par les pairs et demandez-leur de participer à la diffusion de l'information. Ils réussiront bien mieux que les adultes à convaincre d'autres enfants.
- **N'oubliez pas les enfants difficiles à atteindre**, notamment les jeunes aidants, les enfants chefs de famille, les enfants issus de ménages dirigés par des personnes handicapées, les adolescentes mariées, les enfants non scolarisés, les enfants des rues et les enfants travailleurs.
- Les supports d'information, d'éducation et de communication doivent être adaptés aux enfants (attrayants, faciles à lire et à comprendre, mais également disponibles dans toutes les langues).

Les enfants dans les centres/hôpitaux/cliniques de traitement du choléra

- Les enfants hospitalisés ont besoin d'un soutien psychosocial pour faciliter leur guérison. Le contact avec des personnes malades et mourantes, ou l'absence de la personne qui s'occupe généralement d'eux, génère une peur et une anxiété qui peuvent avoir des effets durables.
- Pour faciliter le rétablissement affectif des enfants, identifiez des personnes (éventuellement des volontaires issus d'ONG spécialisées) qui peuvent prendre le temps de les rassurer et les aider à comprendre leur situation. Pensez également à donner de quoi jouer aux enfants (crayons, papier, jouets lavables) pour les aider à surmonter leur expérience négative.
- Idéalement, séparez les enfants des autres patients et prodiguez-leur des soins spécifiques.

Distribution de pastilles de purification de l'eau

- Distribuez des pastilles de purification de l'eau aux établissements qui accueillent des enfants (écoles, orphelinats, etc.).
- Assurez-vous que les personnes qui s'occupent des enfants comprennent comment utiliser ces pastilles.

Accès à l'eau traitée et à l'eau courante

- Assurez-vous que les enfants qui vont chercher l'eau disposent de seaux et de jerricans adaptés à leur âge.
- Les femmes et les enfants peuvent être victimes d'exploitation ou de sévices sexuels lorsqu'ils vont chercher de l'eau ou du bois. Ce facteur doit être pris en compte dans le cadre de la riposte mise en place.

Questions liées à la protection des enfants et à la séparation des familles

Dans le cadre de l'évaluation des plans de lutte contre le choléra, pensez à examiner les questions relatives aux enfants :

- Qui veille sur les enfants pendant que la personne qui s'occupe généralement d'eux est hospitalisée ? Il peut s'agir d'une question de survie. Ces enfants peuvent également être exposés à des sévices ou des mauvais traitements.
- Comment les foyers dirigés par des enfants font-ils face à l'absence du chef de famille si celui-ci est hospitalisé ? Qui s'occupe de ses frères et sœurs, notamment les plus jeunes ?
- Parmi les enfants hospitalisés, y en a-t-il qui ne savent pas où se trouvent leurs parents ou qui n'ont plus de parents ? Qu'advient-il de ces enfants à leur sortie ?
- Certains parents malades arrivent-ils au CTC avec des bébés ou de jeunes enfants ? Le cas échéant, qu'advient-il de ces enfants ? Si le fait de les hospitaliser avec leur mère risque de les exposer au choléra, ils doivent néanmoins bénéficier d'une prise en charge. Existe-t-il des dispositifs communautaires de prise en charge ou des mesures cliniques pour éviter toute exposition de ces enfants au choléra ?
- Quels sont les enjeux liés à l'hospitalisation des enfants en termes de soins médicaux/physiques (alimentation, etc.) et de soutien affectif ? Quels sont les points à améliorer ?
- Les modalités de prévention et de lutte contre le choléra présentent-elles un risque quelconque pour les enfants (mauvais traitements ou exclusion) ? Quelles solutions les enfants proposent-ils pour améliorer la lutte contre le choléra et répondre à leurs besoins spécifiques ?

N'hésitez pas à faire appel au personnel ou aux volontaires d'ONG spécialisées pour aider les établissements de santé à évaluer la protection des enfants et à soutenir les enfants hospitalisés ou durement touchés par l'épidémie de choléra (décès, séparation des familles, etc.).

Les femmes et la lutte contre le choléra

Les femmes sont plus vulnérables au choléra que les hommes du fait des rôles qui leur sont dévolus.

- **Les femmes ont moins accès aux ressources** : influence et réseaux sociaux, transports, ressources économiques, mobilité individuelle, contrôle des décisions ou des ressources indispensables pour échapper à la morbidité et à la mortalité liées au choléra
- **Les femmes sont victimes de la division du travail fondée sur le sexe** : les femmes assument principalement des tâches domestiques telles que la collecte de l'eau, la préparation des repas, la manipulation des aliments crus, le nettoyage des toilettes et les soins aux personnes malades, handicapées et âgées de la famille. Toutes leurs tâches quotidiennes les exposent au risque de contracter le choléra.
- **Les ménages dirigés par des femmes font face à une double charge** : le veuvage lié au VIH et à la migration des hommes étant un phénomène courant dans certains pays, il existe de nombreux ménages dirigés par des femmes. Les femmes doivent alors exercer une activité économiquement productive tout en assumant les tâches domestiques. Du fait de ces multiples responsabilités, les femmes n'ont pas toujours la volonté et la capacité d'accéder aux soins. De plus, en l'absence d'hommes dans la famille, les femmes doivent souvent assumer des tâches funéraires qui les exposent au risque de choléra.
- **Les femmes sont les principaux aidants familiaux** : du fait des rôles qui leur sont dévolus, ce sont principalement les femmes qui s'occupent des personnes touchées par le choléra au sein de la famille. Cet état de fait accroît nettement leur stress émotionnel et leur charge de travail, ainsi que leur vulnérabilité.
- **Les femmes et les jeunes filles enceintes sont particulièrement marginalisées** : en raison de leur état physique et affectif, les femmes et les jeunes filles enceintes ont une mobilité limitée et dépendent du soutien apporté par leur mari et d'autres membres de leur famille. Les crises peuvent entraîner des perturbations familiales et la disparition des mécanismes de soutien. Les femmes et les jeunes filles enceintes sont particulièrement marginalisées lorsque leurs apports énergétiques sont insuffisants et qu'il n'existe aucune clinique de consultation prénatale ou postnatale ni aucun programme d'alimentation complémentaire. De ce fait, elles sont plus susceptibles de mettre au monde des nourrissons présentant un retard physique ou mental. Le choléra a également un impact direct sur la prédisposition des femmes enceintes au risque de décès intra-utérin et de complications liées à la rétention placentaire.

Intégration de la problématique hommes-femmes dans la lutte contre le choléra

- Les messages de prévention adressés à la communauté doivent tenir compte des sexospécificités afin d'aider les femmes à prendre toutes les mesures nécessaires pour ne pas contracter le choléra.
- Impliquez les femmes en tant que partenaires égales et à part entière dans les campagnes de mobilisation sociale communautaire, intégrez des femmes aux plus hauts niveaux de la planification et de la prise de décisions au sein des communautés (en particulier en ce qui concerne la santé des femmes, y compris les services de santé procréative) et embauchez en priorité des femmes pour distribuer les rations d'urgence et les fournitures médicales. Consultez activement les femmes sur l'emplacement des puits, les points de distribution d'eau et la distribution de produits d'hygiène.
- Accordez une attention particulière aux femmes et aux jeunes-filles enceintes dans les CTC et formez les agents de santé à la gestion des urgences obstétriques.
- Prenez acte de l'effondrement du secteur de la santé et des inquiétudes des femmes et des jeunes filles en matière de santé sexuelle et procréative, et appuyez les programmes de santé sexuelle et procréative destinés aux personnes les plus vulnérables.

Les réfugiés en milieu urbain et la lutte contre le choléra

Les réfugiés en milieu urbain doivent s'appuyer sur les systèmes de protection fournis par les établissements et les mécanismes d'intervention en place. Dans ce domaine, il faut garder à l'esprit les principes suivants :

- Les réfugiés et les demandeurs d'asile ne disposent pas forcément de papiers d'identité similaires à ceux des ressortissants nationaux. Ils disposent néanmoins de cartes d'identité émises conjointement par le HCR et le gouvernement afin de confirmer leur identité, leur statut juridique et leur numéro d'identification. **La possession de papiers d'identité différents ne doit pas empêcher les réfugiés et les demandeurs d'asile d'accéder à l'aide médicale requise.** Les autorités compétentes reconnaissent la validité des papiers d'identité remis aux réfugiés et aux demandeurs d'asile.
- Les réfugiés et les demandeurs d'asile résident souvent dans des camps où leurs besoins médicaux sont pris en charge par des dispensaires. Conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, ils ne doivent cependant pas se voir refuser un traitement médical d'urgence s'ils se trouvent dans une autre région du pays. **Les réfugiés et les demandeurs d'asile doivent bénéficier d'une aide et de services comparables à ceux des ressortissants nationaux.**

Le gouvernement du pays hôte doit assurer la protection et l'aide aux réfugiés et aux demandeurs d'asile, conformément à la Loi sur les réfugiés de 1983. Si des cas de choléra sont identifiés parmi les réfugiés, il peut être utile d'en informer le ministère de la Protection sociale, le Commissariat aux réfugiés et le HCR en vue du partage d'informations et de la mise en place d'une aide spécifique (par exemple, aide à la réunion des familles séparées, aide aux enfants non accompagnés et séparés de leurs parents, aux ménages dirigés par des femmes et à d'autres personnes vulnérables).

Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici 

N° d'identification de l'établissement : _____ Nom de l'établissement : _____







Type Hôpital Clinique locale Autre

Province : _____ District : _____

Cochez cette case si l'établissement utilise des tests de diagnostic rapide du paludisme


Nom et coordonnées du responsable des rapports : _____

Rapport pour la semaine _____, du [lundi] _____ [jj/mm/aaaa] au [dimanche] _____ [jj/mm/aaaa] _____

Maladie/syndrome	Code	Alerte	0 à 4 ans (nombre de cas)	5 ans et plus (nombre de cas)
Suspicion de choléra/diarrhée aqueuse aiguë	SC			
Diarrhée sanglante	BD			
Autre type de diarrhée aiguë	AD			
Suspicion de rougeole	MS			
Méningite	MG			
Jaunisse aiguë	AJS			
Paralysie flasque aiguë	AFP			
Paludisme confirmé	MALC			
Infection aiguë des voies respiratoires inférieures	ARI			
Fièvre inexpiquée	UF			
Total consultations (toutes causes)	TC			

 **Signalez immédiatement les cas d'alerte au numéro suivant : xxxxxxxxxxxx; N'attendez pas la fin de la semaine.**

- Mentionnez uniquement les cas observés pendant la semaine de surveillance. **Chaque cas doit être comptabilisé une seule fois.**
- Écrivez « 0 » (zéro) si vous n'avez observé aucun cas des maladie/syndromes répertoriés pendant la semaine.
- La définition des cas à surveiller se trouve au dos de ce formulaire.

Oui	Non	COMMENTAIRES : si vous répondez « oui » à l'une des questions, donnez plus de détails dans l'encadré ci-dessous (quoi/quand/où/combien)
		Avez-vous enregistré un nombre particulièrement élevé de décès cette semaine ?
		Avez-vous entendu parler de maladies inhabituelles ou de flambées épidémiques dans votre région ? (rumeurs, cas signalés) Si oui, transmettez immédiatement l'information 

NOTES ET DÉTAILS

Patient ayant une diarrhée aqueuse aiguë

Rechercher d'autres symptômes associés, par exemple, antécédents de selles saignantes, des signes de malnutrition, enflure des mains/pieds, antécédents de toux et/ou de respiration rapide, anormalement fatigué, pâleur, etc.

Examen Médical Approfondi

Examen pour la déshydratation

Examen	Condition	Normal	Irritable/Moins actif*	Léthargique / Comateux*
	Yeux	Normal	Enfoncés	Enfoncés
	Langue	Normal	Sèche	Sèche
	Soif	Normal	A soif (Boit avidement)	Incapable de boire*
	Pincement de la peau	Normal	Revient doucement*	Revient très lentement*
	Pouls radial	Normal	Réduit*	Indiscernable ou absent*
Diagnosis		Pas de signe de déshydratation	Si au moins deux signes incluant un signe (*) sont présents, diagnostiquer Une Certaine Déshydratation Some Dehydration	Si une certaine déshydratation plus l'un des signes (*) sont présents, diagnostiquer Une Déshydratation Sévère
Gestion		A	B	C

A. Pas de signe de déshydratation – SRO

- 50 ml de SRO par kilo de poids corporel plus les pertes en cours
- Envoyer le patient à la maison avec 4 paquets de SRO
- Continuer à nourrir, y compris l'allaitement pour les nourrissons et les jeunes enfants

B. Une certaine déshydratation – SRO

- 80 ml de SRO par kilo de poids corporel sur 4 – 6 heures plus les pertes en cours
- Surveiller le patient pendant 6 - 12 heures
- Continuer à nourrir, y compris l'allaitement pour les nourrissons et les jeunes enfants
- Réexaminer l'état des patients et leur déshydratation toutes les heures.
- En cas de vomissements fréquents (>3 fois en une heure) : Traiter avec le fluide IV

C. Une déshydratation sévère – Commencer avec le fluide IV immédiatement (100 ml/kg)

Solution IV contenant du sodium, du potassium, du chlorure et du bicarbonate (lactate de Ringer)

Enfants < 1 an ou malnutris

- 30 ml/kg lors de la première heure
- 70 ml/kg lors des cinq heures suivantes

Adultes et enfants > 1 an

- 30 ml/kg lors de la première demi-heure
- 70 ml/kg lors des deux heures et demi suivantes

- Encourager le patient à prendre des solutions SRO dès qu'il/elle est capable de boire
- Antibiotiques, si nécessaire, après la réhydratation
- Zinc – 20 mg/jour pendant 10 jours pour les enfants âgés entre 6 mois et 5 ans

Seules des stratégies claires et bien expliquées permettront de garantir et d'améliorer l'accès à des ressources en eau potable en quantité suffisante et de lutter efficacement contre le choléra. Les investissements réalisés dans ce domaine doivent donc viser la pérennité des approvisionnements et la complémentarité avec les infrastructures et les prestataires de services existants. Le tableau ci-dessous répertorie les concentrations résiduelles de chlore requises pour chaque mode de distribution pendant une épidémie de choléra ou une période à haut risque.

Chlore résiduel libre requis dans les systèmes de distribution en cas d'épidémie de choléra ou de risque d'épidémie¹

Emplacement au sein du système de distribution	Chlore résiduel (au bout de 30 minutes)
Tout au long du système de canalisations	0,5 mg/l
À chaque borne-fontaine (pour les systèmes en disposant)	1,0 mg/l
Dans les camions-citernes, au moment du remplissage	2,0 mg/l

REMARQUES :

- Pendant une épidémie de choléra, on doit trouver 0,2 à 0,5 mg/l de chlore résiduel tout au long du système d'approvisionnement. La concentration résiduelle de chlore doit donc être d'environ 1 mg/l à la sortie de la station de traitement de l'eau.
- Dans les camions-citernes, le taux de chlore doit être mesuré à proximité du point de sortie. Si ce taux est inférieur à 2,0 mg/l, il faut ajouter du chlore. Dans un camion-citerne, la chloration empêche l'accumulation de matières organiques et permet de purifier l'eau.
- Le chlore donne un goût à l'eau à partir d'environ 0,8 mg/l. En l'absence de raisons sanitaires valables comme une épidémie de choléra, il est donc conseillé d'éviter des taux plus élevés au point de consommation, même si ces taux restent sans danger pour la santé.
- Le taux de chlore doit être plus élevé au niveau des bornes-fontaines en raison du risque de contamination entre la borne-fontaine, le domicile et le point de consommation. Le taux de chlore est donc moindre au moment où l'eau est consommée.

Chloration des puits

La chloration des puits a pour objectif de maintenir la concentration résiduelle de chlore à un minimum de 0,5 à 1,0 mg/l au point de collecte pendant chaque épidémie de choléra.

Il existe deux méthodes de chloration des puits :

- utilisation de pots chlorateurs avec pastilles de chlore à diffusion lente ;
- ajout régulier d'une solution à base de chlore en poudre (pour plus d'informations, consultez les Notes techniques 1 et 2 de l'OMS mentionnées **dans les Ressources clés ci-dessous**).

Quelle que soit la méthode choisie, il convient de contrôler régulièrement la concentration résiduelle de chlore.

Utilisation de pots chlorateurs dans les puits


Les pots chlorateurs sont des récipients flottants dans lesquels on ajoute des pastilles de chlore à diffusion lente. Leur utilisation dans les puits donne des résultats mitigés .

En règle générale, il est déconseillé d'utiliser des pots chlorateurs dans les puits cuvelés situés dans les zones à haut risque pendant une épidémie de choléra. Il est préférable de chlorer directement ces puits en utilisant régulièrement du chlore HTH. La concentration résiduelle de chlore doit être contrôlée plusieurs fois par jour.

Il est déconseillé de chlorer les puits non cuvelés. Le chlore serait en effet absorbé par les matières organiques des parois du puits, ce qui ne permettrait ni d'atteindre ni de maintenir la concentration résiduelle de chlore souhaitée. En ce qui concerne les puits non cuvelés, il est préférable de promouvoir le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation.

Il est difficile de savoir s'il faut chlorer les puits lorsque certaines personnes pratiquent la chloration à domicile et d'autres non. Toute décision doit être basée sur les risques perçus et sur les alternatives disponibles, notamment l'adoption et la mise en œuvre correcte et systématique du traitement au point d'utilisation par une proportion importante de la population. La section ci-dessous traite des effets sanitaires du chlore. Elle confirme que, même si elle est traitée deux fois au chlore, l'eau est peu susceptible de présenter un risque pour la santé. Il est cependant possible que la population ne souhaite pas boire de l'eau traitée deux fois au chlore en raison de son goût trop prononcé.


Recommandations de l'OMS sur les effets sanitaires du chlore

Les [WHO Guidelines for Drinking Water Quality 4th ed.](#)  (2011, p334 et 335) indiquent qu'à 5 mg/l, « le seuil de référence fait office de précaution, l'étude critique n'ayant identifié *aucune concentration à effet nocif* ». Elles soulignent également que la plupart des personnes perçoivent le goût du chlore dans l'eau lorsque le seuil de référence est atteint. Elles refuseront donc de boire l'eau en raison de son goût prononcé avant que le chlore ne présente un risque pour la santé **l'annex 9B** fournit des informations supplémentaires sur le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation (PoUWT&SS).

Standard 1 sur l'approvisionnement en eau - Accès à l'eau et quantité : « Toutes les personnes ont un accès sûr et équitable à l'eau, en quantité suffisante pour couvrir les besoins en boisson, cuisson des aliments et hygiène personnelle et domestique. Les points d'eau publics sont situés suffisamment près des ménages pour leur permettre d'utiliser le minimum d'eau requis ».

Standard 2 sur l'approvisionnement en eau - Qualité de l'eau : « L'eau est agréable au goût et de qualité suffisante pour être bue et utilisée pour la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle et domestique, sans que cela comporte de risques pour la santé ».

Standard 3 sur l'approvisionnement en eau - Installations : « Les personnes touchées par une catastrophe disposent d'installations adéquates pour collecter, stocker et utiliser l'eau en quantité suffisante pour la boisson, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle, et pour que l'eau de boisson reste salubre jusqu'à sa consommation ».


Bien que le choléra ne soit pas une crise humanitaire en soi, [La Charte humanitaire et les Standards minimums de l'intervention humanitaire](#)  (publiés par Sphère en 2011) peuvent servir de point de référence et de point de départ à la discussion en l'absence de normes supplémentaires au niveau national.

Besoins en eau pour assurer la survie :

- besoins pour assurer la survie (boisson et alimentation) - 2,5 à 3 litres par jour (varient selon le climat et la physiologie individuelle) ;
- pratiques d'hygiène de base - 2 à 6 litres par jour (varient selon les normes sociales et culturelles) ;
- besoins de base pour la cuisine - 3 à 6 litres par jour (varient selon le type d'aliments et les normes sociales et culturelles) ;
- total des besoins de base en eau - 7,5 à 15 litres par jour.

Nombre maximal de personnes par source d'eau :

- 250 personnes par robinet (sur la base d'un débit de 7,5 litres par minute) ;
- 500 personnes par pompe manuelle (sur la base d'un débit de 17 litres par minute) ;
- 400 personnes par puits ouvert à utilisateur unique (sur la base d'un débit de 12,5 litres par minute).

Pour plus d'informations sur l'approvisionnement en eau et la qualité de l'eau (actions clés, indicateurs clés et notes d'orientation), [consultez le manuel Sphère](#) , p. 97 à 104.







Distribution de l'eau dans les zones urbaines et rurales


- Travaillez avec des épidémiologistes pour cartographier et identifier les zones les plus touchées par les épidémies et ciblez en priorité ces zones, les zones avoisinantes et les autres zones à haut risque pour garantir un approvisionnement suffisant en eau, ainsi que de bonnes conditions d'assainissement et d'hygiène.
- Menez des évaluations et des enquêtes sanitaires dans les zones touchées et/ou les zones les plus vulnérables afin d'identifier la source de l'épidémie ou la source potentielle de nouvelles épidémies (si possible) ; vérifiez les conditions sanitaires, notamment les possibles dégradations des réseaux d'assainissement ; mesurez la qualité de l'eau au point d'approvisionnement.
- Identifiez les principales lacunes du système d'approvisionnement ou de distribution et les actions qui permettraient d'améliorer rapidement l'approvisionnement, par exemple :
 - réparation des pompes de distribution ou des pompes à eau situées à des endroits stratégiques ;
 - réparation des principales fuites ;
 - mise en place de réservoirs temporaires dans les zones pauvres à forte densité et mal desservies ;
 - aide aux comités de gestion communautaire pour la réparation des pompes hors d'usage ;
 - réparation des conduites d'assainissement abimées et réduction des autres possibilités de contamination de la source (réparation des têtes de puits fissurées, amélioration du système d'évacuation, etc.) ;
 - chloration des sources d'eau améliorées qui ont été réparées mais ont pu être contaminées par le passé ;
 - la chloration des seaux à la source doit être considérée comme une mesure temporaire de dernier recours en cas de travaux, s'il est impossible de réparer les sources améliorées, s'il n'existe aucune source améliorée ou s'il est impossible de garantir un traitement efficace de l'eau domestique dans un court laps de temps ;
 - fermeture des points d'eau contaminés ou présentant un risque élevé, mise en place de solutions temporaires (par exemple, acheminement de l'eau vers des réservoirs de stockage équipés de bornes-fontaines) et planification des actions à venir pour réparer ou améliorer les sources à haut risque au terme de l'épidémie ;
 - amélioration des délais d'approvisionnement dans les zones les plus vulnérables (zones à forte densité, surpeuplées, disposant d'un accès restreint à l'eau potable et à l'assainissement ou proches des lacs et des voies de transport) ;
 - réduction ou retrait temporaire de la redevance sur l'eau au niveau des bornes-fontaines dans les zones les plus vulnérables
- Augmentez la capacité de stockage de l'eau des réservoirs destinés à recevoir de grandes quantités, pour compenser les lacunes du système d'approvisionnement et vérifiez s'il est nécessaire d'accroître le stockage à domicile. Pour plus d'informations sur le stockage à domicile, consultez les **sections 9.3 et 9.9** consacrées à l'approvisionnement et aux produits non alimentaires.
- Le forage d'un puits est long à mettre en place et à réaliser (préparation des contrats, enquêtes hydrogéologiques, forage, aménagement du puits, construction d'une plateforme, puis mise à disposition). Le forage d'un puits **doit être considéré comme une solution de dernier recours** en cas d'épidémie de choléra, à moins que les enquêtes hydrogéologiques soient prêtes et que les contrats soient déjà établis ou que les caractéristiques hydrogéologiques de la zone soient favorables au forage d'un puits quel que soit son emplacement. Si des puits ou de nouveaux points d'eau sont mis en place, les populations locales doivent bénéficier d'un soutien connexe à des fins d'appropriation, de gestion et d'entretien à long terme.
- Augmentez les effectifs pour mener des actions visant à améliorer les services d'approvisionnement en eau dans les zones les plus vulnérables.
- Assurez-vous que toutes les installations urbaines de traitement de l'eau disposent d'une quantité suffisante de coagulants et de chlore (gazeux ou HTH, en fonction du mécanisme de dosage).
- Augmentez les doses de chlore pour accroître la concentration résiduelle (voir l'encadré ci-dessous).
- Intensifiez la surveillance de la contamination fécale et de la concentration résiduelle de chlore aux points de captage dans les villes.
- Menez des campagnes de mobilisation et de sensibilisation communautaires sur la protection des sources d'eau et l'importance d'un stockage sûr à domicile.
- Informez les fournisseurs d'eau privés, les propriétaires et les chauffeurs de camions-citernes sur le choléra et sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans la prévention de l'infection.
- Si le service des eaux a élaboré des plans de gestion de la salubrité de l'eau en zone urbaine, ceux-ci peuvent permettre d'identifier les principaux risques et d'y remédier.


Refer to **annexe 9B** below for information and tips on point-of-use water treatment & safe storage.

RESSOURCE CLÉS

[Notes techniques de l'OMS sur l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et l'hygiène dans les situations d'urgence publiées \(en anglais\) 2011](#) :


- Note 1 – *Cleaning and disinfecting wells* ; 
- Note 2 – *Cleaning and disinfecting boreholes* ; 
- Note 3 – *Cleaning and disinfecting water storage tanks and tankers* 
- Note 4 – *Rehabilitating small-scale piped water distribution systems* 
- Note 6 – *Rehabilitating water treatment works after an emergency* 
- Note 12 – *Delivering safe water by tanker* 

Supports d'information, d'éducation et de communication utilisés pour la formation des fournisseurs d'eau en Tanzanie (en swahili), ainsi que les traductions correspondantes (en anglais) 

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), [Guidelines for drinking-water quality](#), Quatrième édition (2011), p. 45 à 76 (« Water safety plans ») et p. 96 à 104 (« Vended water », « Bulk water supply », « Emergencies and disasters ») et « Temporary water supplies »). 

i OMS, s.d., [Chlorine monitoring at point sources and in piped distribution systems](#)  Fiche d'information sur la santé environnementale 2.30

ii Les documents ci-dessous mettent en évidence le succès variable de pots chlorateurs de différentes natures.

- Silva, A. P. et Sobel, J., 2011, Evaluation of pot-chlorination of wells during a cholera outbreak, Bissau, Guinea-Bissau, 2008 ;
- Guevart, E., Van Hecke, C., Noeske, J., Sollé, J., Bitá Fouda, A. et Manga, B., 2008, Diffuseur artisanal de chlore pour désinfecter les puits lors de l'épidémie de choléra de Douala, Cameroun, *Médecine Tropicale*, 2008 ; 68 (5) : 507-513 ;
- Libessart, Y et Hammache, Y (2000) [Integrated chlorination campaign in Mogadishu](#) , 26th WEDC Conference, *Water, sanitation and hygiene: Challenges of the Millennium*, Dacca, Bangladesh
- Garandeau, R., 2004, Chlorination for hand-dug wells in peri-urban Monrovia, Liberia, MSc Water Management, Community Water Supply, Université de Cranfield, Royaume-Uni.

L'encadré qui suit présente les défis, les controverses et le potentiel liés au traitement de l'eau et au stockage sûr au point d'utilisation dans le cadre de la lutte contre le choléra.

Traitement de l'eau au point d'utilisation pendant les épidémies de choléra - Défis, controverses et potentiel

Le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation suscitent un intérêt croissant, notamment dans les situations d'urgence. Les pastilles de chlore sont souvent choisies comme premier produit de traitement de l'eau au point d'utilisation et distribuées dans les colis de produits non alimentaires ou dans le cadre des campagnes de marketing social des ONG en vue du développement. On considère souvent, à tort, qu'il suffit de distribuer des produits (par exemple, des pastilles de chlore) pour régler la question de la qualité de l'eau. La réalité est toute autre.

Défis et controverses liés au traitement de l'eau au point d'utilisation dans les situations d'urgence :

- Il existe peu d'études sur la distribution de pastilles de chlore et d'autres produits dans les situations d'urgenceⁱ. Les évaluations qui ont été menées révèlent que l'utilisation correcte et efficace des produits varie de 20 à plus de 30 %. Le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation dans les situations d'urgence sont plus efficaces dans les pays où de tels programmes existaient au préalable et ont permis la formation, le suivi et la distribution de conteneurs de stockage sûrs. Cette situation n'étant pas la norme, il est conseillé de ne pas la considérer comme acquiseⁱⁱ.
- Les acteurs distribuent souvent des produits de traitement de l'eau au point d'utilisation pendant les situations d'urgence, sans prévoir de solutions pour le réapprovisionnement des ménages ni le remplacement des pièces. Les études portant sur le renforcement du traitement de l'eau au point d'utilisation dans le contexte du développement mettent en évidence des défis majeurs liés à l'utilisation correcte et systématique des produits et au maintien de leur utilisation sur le long terme, ainsi que des défis liés à la chaîne d'approvisionnementⁱⁱⁱ.
- La recommandation concernant la filtration et la double chloration de l'eau trouble reste sujette à controverses. Pour certains, les données disponibles montrent que ce procédé est efficace. D'autres estiment que la chloration est efficace uniquement si l'eau présente une turbidité inférieure à 10 UTN et que les données disponibles ne permettent pas de prouver l'efficacité de ce procédé. D'autres encore s'interrogent sur la forte concentration résiduelle de chlore qu'entraînent certains produits.

Potentiel lié au traitement de l'eau au point d'utilisation pendant épidémie de choléra :

Outre les défis et controverses mentionnés ci-dessus, il faut également prendre en compte les éléments suivants :

- Dans de nombreux contextes, en particulier les zones rurales à faible densité, l'approvisionnement en eau potable est limité et devrait le rester pendant un certain temps. Malgré les progrès réalisés, l'accès universel à l'eau potable se heurte encore à des problèmes tels que les ressources humaines, la logistique ou la pérennité.
- L'eau continuera à être contaminée entre la source et le point de consommation tant que chacun n'assurera pas l'évacuation hygiénique des excréments et n'adoptera pas de bonnes pratiques d'hygiène ou tant que toutes les sources et réserves d'eau ne présenteront pas une concentration résiduelle de chlore adéquate au point d'approvisionnement afin de compenser la contamination pendant la collecte, la manipulation et le stockage, dont le processus est aujourd'hui bien connu.
- Le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation permettent à chaque famille de contrôler son approvisionnement en eau potable et de réduire sa dépendance vis-à-vis d'autrui. Cette notion de contrôle est particulièrement importante en cas d'épidémie épidémique ou d'interruption temporaire de l'approvisionnement en eau potable.

Réflexion sur l'utilisation de solutions de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation pendant les épidémies de choléra :

Avant d'utiliser des produits de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation, il faut prendre en compte les éléments suivants :

- Quelles sont les alternatives à la promotion du traitement de l'eau et du stockage sûr au point d'utilisation ? Existe-t-il des méthodes plus faciles ou plus efficaces pour accroître le pourcentage de personnes consommant de l'eau potable ?
- Si la promotion du traitement de l'eau et du stockage sûr au point d'utilisation permet à une proportion raisonnable de la population d'accéder à l'eau potable, cette solution reste valable dans le cadre d'une riposte au choléra. Une proportion raisonnable (par exemple, 30 %) vaut mieux que rien. Il faut prendre en compte le temps, les efforts et les ressources nécessaires pour permettre le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation et étudier la possibilité de reproduire ailleurs un schéma similaire.
- En l'absence de chlore résiduel au niveau de la source, il existe toujours un risque de contamination à domicile (bien qu'une manipulation et un stockage sûrs permettent de réduire ce risque). Pour la plupart, les autres solutions d'approvisionnement ne répondent pas au problème de la contamination ultérieure.

Sélection d'une solution de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation pendant une épidémie de choléra

Lors de la sélection et de la promotion d'une solution de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation pendant une épidémie de choléra, il faut prendre en compte les éléments suivants :

- Quelles solutions réduisent suffisamment les contaminants et protègent la santé ?
- Quelles solutions sont connues de la population touchée ?
- Quels équipements et consommables sont déjà disponibles dans les magasins locaux ?
- Est-il possible de donner la priorité aux systèmes déjà connus et utilisés par les ménages ?
- Quels acteurs assurent déjà la promotion du traitement de l'eau et du stockage sûr au point d'utilisation dans la région, quelles méthodes défendent-ils et ont-ils la capacité d'accroître leurs efforts ?
- Quelles solutions se sont révélées les plus efficaces dans ce contexte précis ?

Les tableaux ci-dessous comparent les différentes solutions de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation.

Comparaison des solutions de traitement de l'eau au point d'utilisation^{iv}

	Avantages	Inconvénients	Recommandations
Chloration à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction prouvée de la plupart des virus et bactéries (y compris le choléra) • Protection résiduelle contre la contamination • Acceptabilité liée à une grande facilité d'utilisation • Impact sanitaire reconnu • Adaptabilité • Faible coût 	<ul style="list-style-type: none"> • Protection relativement faible contre les kystes parasitaires • Efficacité réduite sur les eaux troubles contaminées par certains composés organiques • Objections potentielles liées au goût et à l'odeur de l'eau traitée • Nécessité d'assurer le contrôle qualité de la solution • Méconnaissance des risques liés aux sous-produits de la chloration 	Solution particulièrement adaptée aux zones disposant d'un approvisionnement régulier en eau, où l'eau présente un niveau de turbidité relativement faible et où les messages éducatifs peuvent atteindre la population cible afin d'encourager une utilisation correcte et systématique.
Floculants/désinfectants en poudre	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction prouvée des bactéries, virus et protozoaires • Réduction de certains métaux lourds et pesticides • Protection résiduelle contre la contamination • Impact sanitaire reconnu • Acceptabilité liée à la réduction visible de la turbidité de l'eau • Sachets faciles à transporter en raison de leur petite taille • Longue durée de conservation • Matières non dangereuses, pouvant être transportées par avion 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation en plusieurs étapes, nécessitant une démonstration pour les nouveaux utilisateurs • Nécessité pour les utilisateurs d'avoir, d'utiliser et d'entretenir deux seaux, un morceau de tissu et un mélangeur • Coût par litre d'eau traitée plus élevé qu'avec d'autres solutions de traitement de l'eau domestique 	Solution particulièrement adaptée aux zones disposant d'un approvisionnement régulier en eau, où l'eau présente un niveau de turbidité très élevé, où des démonstrations peuvent être organisées et où les messages éducatifs peuvent atteindre la population cible afin d'encourager une utilisation correcte et systématique.

	Avantages	Inconvénients	Recommandations
Désinfection solaire	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction prouvée des virus, bactéries et protozoaires • Réduction prouvée des maladies diarrhéiques chez les utilisateurs • Acceptabilité liée à une grande facilité d'utilisation • Coût nul pour l'utilisateur après l'achat de bouteilles en plastique • Goût quasiment inchangé de l'eau traitée • Faible risque de recontamination en raison d'un stockage sûr 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de prétraiter les eaux particulièrement troubles (filtration ou floculation) • Préoccupations relatives à l'acceptabilité en raison du faible volume d'eau pouvant être traité à chaque intervention • Absence de réduction visible de la turbidité de l'eau pouvant entraîner une mauvaise acceptation du traitement • Traitement long • Nécessité de disposer d'une grande quantité de bouteilles en plastique intactes, propres et adaptées 	<p>Solution particulièrement adaptée aux zones disposant d'un approvisionnement régulier en eau, où l'eau présente un niveau de turbidité très élevé, où des démonstrations peuvent être organisées et où les messages éducatifs peuvent atteindre la population cible afin d'encourager une utilisation correcte et systématique.</p>
Filtration céramique (filtre, seau, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction prouvée des bactéries et protozoaires • Acceptabilité liée à une grande facilité d'utilisation et à la réduction visible de la turbidité de l'eau • Réduction prouvée des maladies diarrhéiques chez les utilisateurs • Longue durée de vie à condition que le filtre reste intact • Coût ponctuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de prétraiter les eaux particulièrement troubles (filtration ou floculation) • Préoccupations relatives à l'acceptabilité en raison du faible volume d'eau pouvant être traité à chaque intervention • Absence de réduction visible de la turbidité de l'eau pouvant entraîner une mauvaise acceptation du traitement • Traitement long • Nécessité de disposer d'une grande quantité de bouteilles en plastique intactes, propres et adaptées 	<p>Solution particulièrement adaptée aux zones disposant d'un stock important de bouteilles, où la communauté est très motivée et où les utilisateurs peuvent être formés à l'utilisation correcte et systématique de la désinfection solaire pour le traitement de l'eau de boisson domestique. Efficacité réduite sur les eaux particulièrement troubles.</p>
Filtration sur biosable	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction prouvée des protozoaires et bactéries • Acceptabilité liée à un débit rapide (environ 20 litres par heure), à une grande facilité d'utilisation et à la réduction visible de la turbidité de l'eau • Production à partir de matériaux locaux • Installation ponctuelle nécessitant par la suite peu d'entretien • Longue durée de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut du temps pour mettre en place le <i>film de biosable</i> où se produisent les processus biologiques. À moins que cette solution ne soit déjà en place, elle n'est donc pas adaptée en cas d'épidémie • Inactivation relativement faible des virus • Absence de protection résiduelle postfiltration entraînant un risque de contamination si l'eau est déversée dans un seau ouvert ou sale • Difficultés liées à la production et au transport d'un boîtier de 45 à 150 kg et au coût initial élevé empêchant un déploiement à grande échelle • Disponibilité variable du matériau filtrant (sable approprié) 	<p>Solution particulièrement adaptée aux zones bénéficiant d'aides extérieures pour le financement initial du filtre, où les utilisateurs peuvent être formés, où le sable est disponible localement et où le réseau existant permet le transport des seaux et du sable. Cette solution n'est pas forcément adaptée aux situations d'urgence.</p>

	Avantages	Inconvénients	Recommandations
Traitement par ébullition	<ul style="list-style-type: none"> Présence du matériel nécessaire dans de nombreux foyers Inactivation prouvée des bactéries, virus et protozoaires, même si l'eau est trouble ou contaminée Acceptabilité socioculturelle de cette pratique dans certains pays 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de protection résiduelle contre la contamination Absence de données épidémiologiques sur l'impact sanitaire Risque de brûlures et augmentation du risque d'infections respiratoires en raison de l'utilisation de cuisinières et fourneaux à l'intérieur des foyers Coût potentiellement élevé du charbon (associé à un risque de déforestation) et coût d'opportunité lié à la collecte de combustible Objections potentielles liées au goût de l'eau traitée 	Solution particulièrement adaptée aux zones bénéficiant de combustible de cuisson abordables et accessibles, où le traitement par ébullition fait partie de la culture locale et où l'eau est stockée dans de bonnes conditions après ébullition.

Comparaison des solutions de stockage sûr au point d'utilisation



Type de récipient	Avantages	Inconvénients
Bidon à goulot étroit	Moindre risque de contamination, l'utilisateur ne pouvant introduire ni ses mains ni aucun instrument dans le récipient	Intérieur difficile à nettoyer Récipient encombrant, difficile à transporter (sauf si le bidon est pliable)
Bidon hermétique avec robinet	Moindre risque de contamination, l'utilisateur n'ayant pas à introduire ses mains ni aucun instrument dans le récipient Intérieur plus facile à nettoyer qu'un bidon à goulot étroit	Le robinet peut être endommagé ou fuir. Coût supplémentaire pour le robinet et son remplacement Récipient difficile à transporter (sauf si les robinets sont fixés au point de distribution)
Récipient disposant d'un couvercle et d'un dispositif réservé à l'extraction d'eau	La présence d'un couvercle et d'un dispositif réservé réduit le risque de contamination (par rapport à un récipient ne disposant ni d'un couvercle ni d'un dispositif réservé à l'extraction de l'eau) Intérieur plus facile à nettoyer qu'un bidon à goulot étroit	Risque que certaines personnes utilisent le dispositif d'extraction à d'autres fins (pour boire, manger, etc.)


Traitement de l'eau et stockage sûr au point d'utilisation

- Les organisations du secteur privé et autres organisations impliquées dans le marketing social ou commercial ont peut-être mis en place des chaînes d'approvisionnement actives dans la région. Elles peuvent vous aider à informer la population sur le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation, mais également à garantir la disponibilité et l'accessibilité des produits dans les magasins locaux.
- Les utilisateurs doivent bénéficier d'une formation à l'utilisation des produits de traitement de l'eau domestique, ainsi que d'un suivi et d'un soutien constants. Les instructions relatives à l'utilisation des produits doivent être disponibles et distribuées dans la langue locale.
- La distribution de produits de traitement de l'eau et de stockage sûr au point d'utilisation s'appuie sur des moyens logistiques spécifiques qui peuvent mettre du temps à devenir opérationnels, en particulier dans les zones à faibles densités démographiques. Tenez compte de ce facteur si vous intégrez le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation dans votre plan de lutte contre le choléra.
- La turbidité de l'eau influence l'efficacité des produits à base de chlore. Une double chloration est souvent conseillée, mais peut conduire les utilisateurs à refuser de boire l'eau en raison de son goût prononcé.
- Travaillez main dans la main avec les autres acteurs pour vous assurer que les produits mis en avant sont identiques et utilisés de la même manière. Vous éviterez ainsi de perturber les utilisateurs (certains produits sont utilisés pour 10 litres d'eau, d'autres pour 20 litres).

CONSEIL

de l'eau au point d'utilisation, consultez les [WHO Guidelines for drinking water quality](#) , publiées en 2011, p. 145 et 146.


Pour obtenir d'autres informations et d'autres points de vue sur les différentes solutions disponibles, notamment une étude comparative des prix, consultez le document suivant : [Smart disinfection solutions](#) (Netherlands Water Partnership), p25 , Vous pouvez également consulter les [publications de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur le traitement et le stockage sûr de l'eau domestique \(en anglais\)](#) .

Bien que le choléra ne soit pas une crise humanitaire en soi, [La Charte humanitaire et les Standards minimums de l'intervention humanitaire](#)  publiés par Sphère en 2011 peuvent servir de point de référence et de point de départ à la discussion en l'absence de normes supplémentaires au niveau national.

Standard 2 sur l'approvisionnement en eau - Qualité de l'eau : « L'eau est agréable au goût et de qualité suffisante pour être bue et utilisée pour la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle et domestique, sans que cela comporte de risques pour la santé ».


Pour plus d'informations sur la qualité de l'eau, le traitement de l'eau et le stockage sûr au point d'utilisation (actions clés, indicateurs clés et notes d'orientation), consultez [le manuel Sphère](#) p. 100 à 103 .

RESSOURCE CLÉS

Arbre de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique dans [Sphère](#), 2011, *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, p.133 



Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, *Household water treatment and safe storage in emergencies* (2008) 

Lantagne, D et Clasen, T., *Point of use water treatment in emergency response*, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Londres, Royaume-Uni. (2009) 


Cairncross, S, Ensink, J and Kahawita, T., *Evaluation of the WASH activities undertaken to prevent and control cholera outbreaks in Guinea-Conakry and Guinea-Bissau*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, ECHO, UNICEF et USAID  – Ce document résume également d'autres études portant sur différentes stratégies de traitement de l'eau et de stockage sûr, mais également sur l'assainissement et l'hygiène dans les situations d'urgence et lors des flambées de choléra. (2009)

Site Internet de l'OMS (traitement de l'eau domestique et stockage sûr), www.who.int/household_water/en/ (en anglais uniquement)

Netherlands Water Partnership, *Smart disinfection solutions, Examples of small-scale disinfection products for drinking water*, KIT Publishers. (2010) 

Document général sur le renforcement du traitement et du stockage sûr de l'eau domestique préparé pour l'OMS (en anglais)  et module de formation de l'UNICEF (en anglais) 

UNICEF, *Promotion of household water treatment and safe storage in UNICEF programmes*, (2011) 

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Guidelines for drinking water quality* , Quatrième édition, p. 140 à 147, notamment les tableaux comparant la réduction des différents agents pathogènes en fonction des technologies utilisées. (2011)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Evaluating household water treatment options: health-based targets and microbiological performance specifications*. Geneva (2011). 

i Lantagne, D et Clasen, T., 2009, *Point of use water treatment in emergency response*, LSHTM, Londres, Royaume-Uni..

ii Par exemple, une étude menée en Guinée (2009) sur une riposte au choléra incluant la distribution de produits de chloration a montré que 60 % des ménages étudiés disposaient de produits de désinfection, mais que l'eau de boisson ne comportait des traces de chlore libre que dans moins de 30 % des cas. Une enquête portant sur le traitement et le stockage sûr de l'eau domestique dans les situations d'urgence souligne par ailleurs « [qu']aucune des études identifiées dans le cadre de la revue documentaire ne fait état d'une adhésion de plus de 20 % au traitement de l'eau au point d'utilisation dans les situations d'urgence extrême. Références : Cairncross, S., Ensink, J. et Kahawita, T., 2009, *Evaluation of the WASH activities undertaken to prevent and control cholera outbreaks in Guinea-Conakry and Guinea-Bissau*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, ECHO, UNICEF et USAID; Lantagne, D et Clasen, T., 2009, *Point of use water treatment in emergency response*, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Londres, Royaume-Uni.

iii Clasen, T., 2009, *Scaling up household water treatment among low income populations*, Organisation mondiale de la santé.

iv Extrait de Lantagne, D. et Clasen, T., 2009, *Point of use water treatment in emergency response*, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Londres, Royaume-Uni, p. 29 à 31 et des Directives de l'OMS..

v Note destinée au personnel de l'UNICEF : avant de mettre en place un partenariat ou une activité conjointe avec des entreprises du secteur privé, renseignez-vous sur la marche à suivre auprès de votre Section de la communication afin d'éviter toute utilisation impropre du nom et du logo de l'UNICEF.

Bien que le choléra ne soit pas une crise humanitaire en soi, [La chartre humanitaire et les Standards minimums de l'intervention humanitaire](#) publiés par Sphère en 2011 peuvent servir de point de référence et de point de départ à la discussion en l'absence de normes supplémentaires au niveau national. En cas d'épidémie de choléra survenant pendant une crise humanitaire, la riposte doit également prendre en compte les standards Sphère.

Standard 1 sur l'évacuation des excréments - Un environnement sans excréments humains : « L'environnement en général et, plus spécifiquement, l'habitat, les zones de production alimentaire, les centres publics et les abords de sources d'eau potable ne sont pas contaminés par des excréments humains ».

Standard 2 sur l'évacuation des excréments - Des toilettes appropriées et en nombre suffisant : « Les personnes touchées par une catastrophe disposent d'un nombre suffisant de toilettes adéquates et acceptables, suffisamment proches de leur logement pour leur permettre d'y accéder rapidement et en toute sécurité à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit ».

À la page 109, [Sphère](#) propose une liste des solutions possibles pour l'évacuation sans risque des excréments :

1. **Zone de défécation délimitée (p. ex. avec des modules séparés par des bâches)** - 1^{re} phase : dans les 2 ou 3 premiers jours, quand un très grand nombre de personnes ont besoin d'installations immédiatement
2. **Latrines en tranchées** - 1^{re} phase : jusqu'à 2 mois
3. **Latrines à fosse simple** - Planifier dès le début pour une utilisation à long terme
4. **Latrines LAA (latrines améliorées à fosse autoventilée)** - En fonction du contexte, pour une utilisation à moyen ou à long terme
5. **Latrines d'assainissement écologique (ECOSAN) avec dérivation des urines** - En fonction du contexte : en cas d'inondation ou de niveau hydrostatique élevé, planifier dès le début ou pour une utilisation à moyen ou à long terme
6. **Fosses septiques** - Phase à moyen ou à long terme

La note d'orientation 11 souligne également que lors d'inondations ou de catastrophes en milieu urbain, il est généralement difficile de fournir des installations appropriées pour l'évacuation des excréments. Il faut alors réfléchir à divers mécanismes de confinement des eaux usées sanitaires, tels que :

1. des toilettes surélevées ;
2. des toilettes avec dérivation des urines ;
3. des réservoirs d'eaux usées ;
4. l'utilisation de sacs en plastique provisoires et jetables, avec des systèmes appropriés de collecte et d'élimination.

Pour plus d'informations sur l'évacuation des excréments (actions clés, indicateurs clés et notes d'orientation) consultez [le manuel du projet Sphère](#), p. 105 à 110.

L'élimination des excréments lors des épidémies de choléra

- Se concentrer sur ce qui est réalisable dans un espace de temps court, par exemple l'enterrement des excréments plutôt que de construire de nouvelles latrines si une personne n'a pas déjà accès aux latrines, et sur le maintien des latrines existantes dans un état de propreté avec des installations de lavage des mains fonctionnelles et avec du savon.
- Une épidémie de choléra peut néanmoins s'avérer une bonne motivation pour construire des latrines, ainsi, quand des ressources humaines sont disponibles pour profiter de cette opportunité, il faut le faire.
- Quand cela est possible, identifier les barrières habituelles à l'usage des latrines et du lavage des mains avec du savon ainsi que les facteurs qui peuvent motiver les personnes à les utiliser aux moments critiques - ce qui sera utile pour concevoir des programmes d'interventions qui aideront à surmonter les obstacles.
- Si des motivations psychologiques clés ont été utilisées avec succès dans un contexte de développement dans un domaine particulier, les éléments de l'approche peuvent également être utiles lors de la réponse à l'épidémie.

CONSEIL

MESURES DE SÉCURITÉ ET D'HYGIÈNE PRÉCONISÉES LORS DES FUNÉRAILLES DE PERSONNES DÉCÉDÉES DES SUITES DU CHOLÉRA

Communication sur les risques liés aux funérailles lors des épidémies de choléra :

- Travaillez en partenariat avec les responsables religieux et communautaires pour comprendre les risques sanitaires liés aux funérailles et les mesures à mettre en place pour prévenir la transmission du choléra pendant ces cérémonies.
- Les professionnels de santé, les chefs religieux et les responsables communautaires doivent discuter des risques liés au choléra avec les membres de la communauté et contribuer à identifier des stratégies acceptables pour y faire face. Le fait d'imposer des restrictions sans consultations est souvent contre-productif et peut entraîner des réticences à déclarer les décès.

Préparation du corps et inhumation :

- Ne videz pas les intestins du défunt.
- Désinfectez le corps de toute personne décédée des suites du choléra avec une solution chlorée à 2 % et bouchez tous les orifices (bouche, anus) avec du coton trempé dans une solution chlorée à 2 %.ⁱ
- Procédez à la préparation du corps dans une zone bien ventilée.
- Bandez la tête de telle sorte que la bouche reste fermée (le visage peut rester apparent).
- Enveloppez le corps dans une housse en plastique permettant de retenir les fluides pendant le transport.
- Inhumez le corps dès que possible, de préférence dans les 24 heures suivant le décès.
- Le corps doit être inhumé aussi près que possible du lieu du décès afin de limiter les risques liés au transport.
- Désinfectez les vêtements, le linge de lit et toutes les surfaces qui ont été en contact avec le corps du défunt à l'aide d'une solution chlorée à 0,2 %. Vous pouvez également faire bouillir les vêtements et le linge de lit, puis les faire sécher au soleil.
- Les personnes qui préparent ou transportent le cadavre doivent porter des gants en caoutchouc, qui seront brûlés, enterrés ou jetés dans une latrine à fosse après usage.
- Lavez-vous ensuite soigneusement les mains avec une solution chlorée à 0,05 % ou du savon.
- Le corps doit être inhumé à plus de 50 m de toute source d'eau et à au moins 1,5 m de profondeur.

Hygiène lors des funérailles :

- Il ne faut pas interdire les funérailles, mais déconseiller la tenue de banquets funéraires ou tenter de les reporter après la fin de l'épidémie.
- Si de la nourriture est servie lors des funérailles, veillez à ce que :
 - tous les aliments soient servis chauds ;
 - les personnes qui manipulent le corps ne participent pas à la préparation des aliments ;
 - les personnes qui préparent les aliments respectent scrupuleusement les bonnes pratiques relatives à la manipulation hygiénique des aliments et à la sécurité de l'eau de boisson ;
 - les convives se lavent les mains à l'eau courante et au savon avant de manger.
- Incitez les responsables religieux et communautaires à promouvoir l'hygiène.
- Les parents et amis du défunt doivent avoir accès à des installations de lavage des mains dotées de savon.

Exemples de modification des pratiques funéraires lors d'épidémie de choléra

En République-Unie de Tanzanie, toutes les funérailles doivent être supervisées par un professionnel de santé pendant les épidémies de choléra.

En Papouasie occidentale, où le fait de toucher le corps du défunt pendant la cérémonie fait partie intégrante du processus de deuil, un système de lavage des mains à l'eau courante et au savon a été mis en place.

Il arrive parfois que les communautés acceptent d'enterrer une victime du choléra sans organiser de rassemblement et de reporter la cérémonie après la fin de l'épidémie.

i Certaines personnes doutent de la nécessité de désinfecter et d'envelopper les dépouilles en raison du manque de preuves scientifiques militant dans ce sens et en raison des conséquences psychologiques liées au fait d'envelopper les dépouilles, surtout lorsque le visage est couvert. Il n'existe cependant aucune donnée scientifique suggérant que cette pratique est inadéquate. Les données disponibles sont les suivantes : a) l'étude cas/témoins menée en Guinée-Bissau sur l'épidémie de choléra de 1994 a démontré que le choléra était fortement lié à la consommation d'aliments lors des funérailles, à la non-désinfection des cadavres et au fait de toucher le corps des défunts ; b) Gunnlaugsson, G., Einarsdóttir, J., Angulo, F. J., Mentambanar, S. A., Passa, A. et Tauxe, R. V., 1998, Funerals during the 1994 cholera epidemic in Guinea-Bissau, West Africa: The need for disinfection of bodies of persons dying of cholera, *Epidemiology and Infection*, Volume 120, p. 7 à 15. Les recommandations mentionnées dans cette annexe correspondent aux lignes directrices actuelles de MSF et de l'OMS, mais de plus amples recherches doivent être menées.

Les tableaux ci-dessous proposent une liste de contrôle et des informations supplémentaires sur les actions clés à mettre en place pour la prévention, la préparation et la lutte contre le choléra dans les principales institutions et les lieux publics.










Principales mesures institutionnelles et publiques de lutte contre le choléra


Action	Description	Liste de contrôle					
		Écoles, collèges/ lycées et autres établissements scolaires	Maisons de santé et centres de protection de l'enfance	Centres d'alimentation	Camps de réfugiés ou de personnes déplacées	Prisons	
Prévention et préparation							
Plan de préparation et de riposte	Élaborez un plan d'action à l'avance afin que chacun, y compris le personnel et les usagers de l'institution, sache comment prévenir le choléra et s'y préparer et comment réagir si quelqu'un tombe malade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coordination et responsabilités	Chargez un membre du personnel d'assurer la préparation de l'institution et la coordination de ripostes efficaces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Assurez-vous que chaque membre du personnel est conscient de ses responsabilités en matière de prévention et de préparation au choléra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information	Informez l'ensemble des usagers/visiteurs : <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que le choléra et quels en sont les symptômes ? • Quels sont les modes de transmission ? • Quelles sont les mesures préventives à mettre en place ? • Que faire si l'on tombe malade ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accès à l'eau potable	Garantissez l'accès du personnel et des usagers de l'institution à l'eau potable grâce à une source améliorée ou au traitement de l'eau au point d'utilisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évacuation hygiénique des excréments	Garantissez l'accès du personnel et des usagers de l'institution à des latrines propres, accessibles et séparées par sexe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Désignez les personnes en charge du nettoyage. Fournissez le matériel nécessaire (seaux, chiffons, serpillères et gants) et contrôlez les installations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Points de lavage des mains dans les toilettes et les cuisines	Installez des points de lavage des mains fonctionnels dotés d'eau et de savon dans toutes les toilettes, ainsi que dans les cuisines et réfectoires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mesures d'hygiène alimentaire	Formez le personnel qui prépare et sert la nourriture à l'hygiène et à la sécurité alimentaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Assurez-vous que les cuisines et réfectoires répondent aux normes d'hygiène et sont faciles à nettoyer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Évitez de proposer des aliments crus et utilisez uniquement l'eau traitée pour la consommation et la cuisine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Action	Description	Liste de contrôle				
		Écoles, collèges/ lycées et autres établissements scolaires	Maisons de santé et centres de protection de l'enfance	Centres d'alimentation	Camps de réfugiés ou de personnes déplacées	Prisons
Alimentation sûre des nourrissons	Montrez aux personnes qui s'occupent de nourrissons comment préparer les biberons et les aliments des nourrissons et comment encourager les jeunes enfants à se laver les mains et à adopter de bonnes pratiques d'hygiène. Si la mère est présente et prend elle-même soin de l'enfant, encouragez l'allaitement exclusif des nourrissons de moins de six mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mise à disposition de SRO	Conservez une quantité suffisante de SRO au sein de l'institution, un verre-doseur permettant de mesurer un litre d'eau et un récipient dédié contenant de l'eau traitée afin de pouvoir préparer rapidement une solution de réhydratation orale si nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riposte						
Mise en œuvre du plan d'action et renforcement de l'information et du suivi	Mettez en œuvre le plan de préparation et de riposte mentionné plus haut et renforcez l'information et le suivi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des stocks de savon, SRO, gants et désinfectants	Réévaluez les fournitures nécessaires en fonction des stocks. Augmentez les stocks de fournitures indispensables (savon, SRO, bidons à eau, matériel de nettoyage et désinfectants).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fourniture de SRO et recherche rapide de soins	Fournissez des SRO à tout membre du personnel ou usager de l'institution souffrant de diarrhée et de vomissements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conduisez les malades vers l'établissement de santé le plus proche en vue d'une évaluation et d'un traitement approfondi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinfection	Désinfectez tous les espaces et équipements souillés par des excréments ou des vomissures (ainsi que les pots pour enfants) avec une solution chlorée à 0,2 %.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUE : consultez le tableau ci-dessous pour obtenir des informations et des conseils supplémentaires pour chaque type d'institution.

Informations complémentaires sur la prévention, la préparation et la lutte contre le choléra pour chaque type d'institution.

Type d'institution	Informations complémentaires	Références
Écoles, collèges/ lycées et autres établissements scolaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Les écoles, collèges/lycées et autres établissements scolaires doivent être intégrés dans la communication globale, ainsi que dans les interventions, stratégies et plans communautaires. • Contactez un membre de la famille de l'enfant/l'élève/l'employé ou la personne qui s'occupe de lui et informez-le que vous conduisez l'enfant/l'élève/l'employé vers un centre de santé. Donnez-lui des informations de base sur le choléra, sa prévention et les mesures à prendre en cas de maladie. • Encouragez les enfants à parler du choléra avec leur famille, leurs amis et leurs voisins et incitez les malades à se rendre dans un établissement de santé. • Lorsque cela est possible, organisez des séances de sensibilisation destinées aux parents et aux familles sur la prévention et la préparation au choléra et sur les mesures à prendre en cas de maladie. • Si vos ressources le permettent, distribuez du savon à tous les enfants pour qu'ils puissent l'utiliser chez eux. 	<p>Consultez les conseils portant sur la préparation des écoles, crèches et autres espaces accueillant des enfants en Somalie (en anglais)  ainsi que les recommandations relatives à l'alimentation et à la préparation des repas dans les écoles et les centres pour enfants. </p> <p>Consultez le support d'information, d'éducation et de communication destiné aux enfants de Tanzanie (en anglais).  Consultez la bande dessinée destinée aux enfants du Zimbabwe (en anglais). </p>
Maisons de santé et centres de protection de l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes enfants accueillis dans des maisons de santé ou des centres de protection ont besoin de soutien pour adopter de bonnes pratiques d'hygiène. • Veillez à ce que les personnes qui s'occupent de jeunes enfants connaissent les bonnes pratiques d'hygiène et les adoptent et à ce qu'elles encouragent les enfants à se laver les mains au savon aux moments critiques. • Pour les plus petits, utilisez des pots et jetez les selles dans une latrine à fosse, puis lavez le pot avec une solution chlorée à 0,2 %. • Si de jeunes enfants font leurs besoins sur le sol ou inopinément au cours de la nuit, jetez les selles dans une latrine, puis désinfectez la zone souillée avec une solution chlorée à 0,2 %. • Soyez toujours particulièrement attentif aux enfants qui se sentent mal pendant une épidémie de choléra. • Assurez-vous que chaque enfant qui arrive dans un centre puisse acquérir et adopter de bonnes pratiques d'hygiène en l'aidant à se laver les mains avant de manger et après être allé aux toilettes, et ce dès son arrivée. 	<p>Consultez la note du Groupe de travail sur la protection au Zimbabwe visant à intégrer la protection dans la lutte contre le choléra (en anglais). </p>
Centres d'alimentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants souffrant de malnutrition sont particulièrement vulnérables au choléra, n'ayant pas toujours la force de lutter contre la maladie. • Ils ont besoin de soins médicaux particuliers, différents de ceux des autres malades. • Informez tous les patients et tous les soignants sur l'hygiène et le choléra. • Si vous le pouvez, distribuez un kit WASH à chaque enfant accueilli dans un centre nutritionnel. Ce kit contient généralement du savon, un dispositif ou des produits de traitement de l'eau à domicile et un bidon hermétique avec couvercle. • Pour les plus petits, utilisez des pots et jetez les selles dans une latrine à fosse, puis lavez le pot avec une solution chlorée à 0,2 %. • Si de jeunes enfants font leurs besoins sur le sol ou inopinément au cours de la nuit, jetez les selles dans une latrine, puis désinfectez la zone souillée avec une solution chlorée à 0,2 %. 	<p>Consultez la section 8.3.9 pour obtenir des conseils spécifiques sur le traitement des enfants cholériques souffrant de malnutrition. Consultez les fiches d'orientation sur la préparation et la lutte contre le choléra destinées aux établissements de santé et aux centres d'alimentation de Somalie (en anglais). </p>

Type d'institution	Informations complémentaires	Références
<p>Camps de réfugiés ou de personnes déplacées</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Les camps de réfugiés ou de personnes déplacées sont particulièrement vulnérables lors d'une épidémie de choléra, car ils regroupent un grand nombre de personnes dans un espace réduit. Les habitants des camps peuvent également avoir un niveau d'immunité différent de celui de la population locale si le choléra est endémique dans la région. • Les conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène au sein de la communauté locale peuvent avoir un impact négatif sur le risque de choléra pour la population du camp, et inversement puisque les limites du camp n'arrêtent pas le choléra. • Il est important que les autorités en charge de la population locale et les autorités en charge de la population des camps travaillent en étroite collaboration, notamment dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ élaboration de plans de préparation et de riposte intersectoriels associant les responsables des camps et des populations locales ; ▪ création d'un système de surveillance au sein des camps et des communautés locales ; ▪ amélioration des conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène au sein des camps et des communautés locales ; ▪ suivi des conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène au sein des camps et des communautés locales. • Tous les ménages doivent disposer de stocks suffisants de produits non alimentaires pour pouvoir adopter de bonnes pratiques d'hygiène, notamment des bidons pour la collecte et le stockage de l'eau, du savon, des sachets de SRO, des bassines, des ustensiles de cuisine, des couverts, des tasses et, en l'absence d'eau chlorée, un dispositif ou des produits de traitement de l'eau. • Si le risque de choléra est élevé, les établissements de santé situés à l'intérieur et à l'extérieur du camp doivent se tenir prêts à faire face à la maladie, notamment à séparer les patients cholériques des autres et à mettre en place des procédures de contrôle de l'infection. • La vaccination peut également être envisagée comme mesure préventive dans certains cas. 	<p>Consultez la section 4.3 pour plus d'informations sur l'utilisation des vaccins.</p> <p>Consultez le chapitre 8 pour plus d'informations sur la prestation de services, la prise en charge des patients et le contrôle de l'infection dans les établissements de santé et centres de traitement.</p>
<p>Prisons</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les prisons présentent un risque spécifique de propagation du choléra, en raison des mauvaises conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, mais également de la proximité des détenus. • Le personnel pénitentiaire doit assurer la prévention, la préparation et la lutte contre le choléra. • Les autorités en charge de la prison et les autorités en charge de la population environnante doivent mettre en place des plans d'action coordonnés. • Les autorités pénitentiaires et les autorités locales doivent élaborer des systèmes de surveillance conjoints au sein des prisons et des communautés locales. • Les prisonniers doivent disposer de produits non alimentaires permettant d'assurer la salubrité de l'eau, une alimentation sûre et leur hygiène personnelle, notamment des bidons pour la collecte et le stockage de l'eau, du savon et des bassines. • Si nécessaire, il faut renforcer le suivi des conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène dans les prisons, ainsi que le volume d'eau disponible pour la consommation et l'hygiène personnelle. • Les infirmeries pénitentiaires doivent se tenir prêtes à faire face à la maladie, notamment à séparer les patients cholériques des autres et à mettre en place des procédures de contrôle de l'infection. • La vaccination peut également être envisagée comme mesure préventive dans certains cas. 	<p>Consultez la section 4.3 pour plus d'informations sur l'utilisation des vaccins.</p> <p>Consultez le chapitre 8 pour plus d'informations sur la prestation de services, la prise en charge des patients et le contrôle de l'infection dans les établissements de santé et centres de traitement.</p>

Sécurité et hygiène alimentaire dans les points de vente alimentaires, sur les marchés et dans les foyers

Les points de vente alimentaires et les marchés :


- S'assurer que les fournisseurs d'aliments et les vendeurs des marchés reçoivent des informations et une formation sur le choléra et sur leur rôle dans la prévention, la préparation et la réponse.
- Développer une information publiquement disponible sur les standards minimums qui doivent être mis en œuvre aux points de vente et sur les marchés et encourager le public à demander de telles mesures ou éviter les étales de marché et les magasins qui ne répondent pas à ces standards.
- Une attention particulière doit être portée au fait de mettre à disposition des latrines propres et entretenues avec une installation fonctionnelle pour le lavage des mains avec de l'eau et du savon dans les marchés et les points de vente et qu'ils soient régulièrement suivis.
- Les agents de santé environnementale font face à des menaces et des violences physiques lorsqu'ils mettent en œuvre les instructions aux fins d'améliorer l'hygiène alimentaire lors d'une épidémie de choléra – ils peuvent avoir besoin du soutien de la part des leaders de la communauté et de la communauté dans son ensemble pour les aider à persuader de la pertinence de l'adoption des mesures de sécurité.
- Les agents de santé environnementale peuvent être très sous-équipés et peuvent ne pas avoir accès aux transports pour assurer le suivi et accomplir les activités liées à l'hygiène alimentaire. Par conséquent, envisager d'accroître le soutien en faveur de leur travail pour la prévention, la préparation et la réponse.
- Comme les points de vente alimentaires, y compris les vendeurs des rues, sont des activités qui génèrent des revenus, leur fermeture peut entraîner leurs propriétaires à se cacher et à trouver d'autres points de vente pour leurs produits. Il est préférable de travailler avec les propriétaires des points de vente alimentaires, les vendeurs des rues et les vendeurs présents sur les marchés pour améliorer les standards de l'hygiène alimentaire quand cela est possible.


Dans les foyers, dans les institutions et lors des rassemblements :

- Intégrer les informations sur la manière de pratiquer l'hygiène alimentaire dans la communication en faveur du changement général de comportement et la promotion de l'hygiène.
- Porter une attention particulière à éduquer les personnes responsables de la préparation de la nourriture dans les institutions et la communauté ou les leaders religieux qui peuvent être responsables de la supervision des rassemblements sociaux sur l'importance et les processus de la sécurité alimentaire et de l'hygiène.
- Les institutions (comme les écoles, les prisons, les centres de soins, les centres d'alimentation, les lieux de travail, etc.) peuvent nécessiter un soutien pour améliorer la préparation de la nourriture, le stockage ou pour laver les pots et les ustensiles et les installations de séchage.

RESSOURCES CLÉS

Somalia WASH cluster. Cholera preparedness and response for health facilities and feeding centres (2011) 

Somalia WASH cluster. Cholera/watery diarrhea preparedness and response in schools, daycares and child friendly spaces (2011) 

Somalia WASH cluster. Kitchen and cooking recommendations for schools and children centres for cholera response (2011) 

UNICEF. [Water, Sanitation and Hygiene for Schoolchildren in Emergencies. A guidebook for teachers](#)  and associated [Flashcards for Africa](#) (2011) , [Latin America](#) (2011) , and [Afghanistan/Pakistan](#) (2012) 

9F Formulaire de surveillance communautaire (hebdomadaire)

Pour une version imprimable de ce document, cliquer ici 

Province/district _____ Commune/communauté _____ Nom de l'agent de santé communautaire _____

Jour	Nouveaux cas		Total nouveaux cas	Décès		Total deaths	Prise en charge O (SRO), R (orientation)	Commentaires Besoins en fournitures
	<5	>=5		<5	>=5			
Jour 1								
Jour 2								
Jour 3								
Jour 4								
Jour 5								
Jour 6								
Jour 7								
Total								

Recommandations – produits non alimentaires

- Un ciblage stratégique sera nécessaire pour que la distribution de produits non-alimentaires ait un impact maximum.
- Ne pas sous-estimer la logistique requise pour l'attribution, le transport, la distribution et la surveillance des produits non alimentaires.
- Prendre soin de vérifier si ces distributions risquent de déstabiliser les marchés locaux. Dans la mesure du possible, faire appel aux marchés locaux pour l'approvisionnement de ces produits, ou envisager d'autres modes de distribution tels que la mise à disposition de bons pouvant être échangés contre des produits spécifiques.
- Analyser le mécanisme de distribution et les moyens permettant de garantir l'acheminement des produits jusqu'à leur destination finale. Il conviendrait d'impliquer les associations de femmes ou d'autres groupes communautaires, mais il faudrait alors mettre en place un mécanisme de contrôle et de suivi pour l'ensemble des modes de distribution.
- Lorsque cela sera possible, acheter des produits localement ; bien veiller à ce qu'ils soient de qualité, et à ce que les produits tels que les jerrycans et seaux soient solides.
- Veiller à bien communiquer sur les raisons pour lesquelles ces produits sont distribués, ainsi que sur la manière dont ils peuvent contribuer à freiner la propagation du choléra. Communiquer également sur les critères de ciblage, le nombre de produits susceptibles d'être distribués et la gratuité de ces produits. Une procédure relative à la gestion des réclamations pendant et après la distribution doit également être mise en place.
- En fonction de la durée de l'épidémie du choléra, une nouvelle distribution de consommables tels que le savon pourra s'avérer nécessaire. Il faudra trouver un équilibre entre, d'un côté, la distribution de grandes quantités que la population est davantage susceptible d'échanger contre d'autres produits, et, de l'autre, l'organisation de distributions fréquentes.
- Noter dans un registre de façon claire et précise tout ce qui a été distribué, à quel moment et à qui, et procéder au rapprochement des niveaux de stocks après chaque distribution. Indiquer également dans le registre tous les produits défectueux et la nature du défaut.
- Surveiller l'utilisation des produits dès que possible après la distribution, en sélectionnant de façon aléatoire un pourcentage de ménages ou en organisant des réunions de groupe. Identifier tout problème éventuel relatif au processus de distribution, aux biens fournis ou à l'éventuelle utilisation des produits à des fins autres que celles initialement prévues.
- Se référer à la **Section 9.2** for further information on PoUWT&SS if considering including associated NFIs.

Sphère 2011

Hygiene promotion standard 2: Identification and use of hygiene items

'The disaster-affected population has access to and is involved in identifying and promoting the use of hygiene items to ensure personal hygiene, health, dignity and well-being'.

Water supply standard 3: Water facilities

« Les personnes disposent de structures adaptées pour recueillir, stocker et utiliser des quantités suffisantes d'eau pour la consommation, la cuisine et l'hygiène personnelle, et pour s'assurer que l'eau potable est propre à la consommation. »

La liste des articles d'hygiène élémentaire pour les cas d'urgence tels que définis dans « Le Projet Sphère », page 95, comprend :

1. un conteneur d'eau d'une capacité de 10-20 litres pour le transport – un par ménage
2. un conteneur d'eau d'une capacité de 10-20 litres pour le transport – un par ménage
3. 250 g de savon de toilette – un par personne et par mois
4. 200 g de détergent – un par personne et par mois
5. un tissu acceptable pour l'hygiène menstruelle, par exemple en coton lavable

Les quatre premiers articles demeurent des produits prioritaires pour la prévention du choléra, la préparation et la riposte au choléra mais d'autres articles peuvent être ajoutés, comme des bassines et différentes options en matière de traitement de l'eau au point d'utilisation (PoUWT).

Pour de plus amples informations (actions clés, indicateurs et notes d'orientation) sur les produits d'hygiène non alimentaires, se référer au livre « Le Projet Sphère »,  pages 94-96 et pages 103-4

Pour une version imprimable de ce modèle, cliquer ici 

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: WASH Specialist (Cholera Response) – Sectoral Coordination

Reports to: WASH Chief

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the supervision and direction of the WASH Chief and in coordination with other sectoral coordinators and communication for development (C4D) specialists, support the government leads to co-ordinate and assist WASH sector partners in the process of compiling, implementing and monitoring a WASH strategy and plan for cholera, based on a comprehensive assessment, mapping and analysis of the cholera situation.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Support the government lead to co-ordinate WASH partners working on the cholera response.
- Support the assessment, mapping and analysis of cholera-specific needs, priorities and responses for the WASH sector.
- In collaboration with partners, identify strategies to ensure that people have information to protect their health and dignity and the means to maintain safe water, sanitation and hygiene practices and that they are mobilised to take action to mitigate cholera risks.
- Assess the capacity of humanitarian WASH partners and stakeholders to cover identified needs, develop capacity-building plans to overcome the existing gaps and support implementation of the plans.
- Facilitate the sector in identifying needs, distributing WASH supplies / NFIs to support protective WASH practices such as handwashing with soap, water storage, or point of use water treatment and assisting partners with developing plans to implement and monitor these distributions.
- Based on the local context, promote the inclusion of menstrual hygiene management (MHM) in interventions, ensuring that women's and girls' special needs are considered and reflected in the response. Support partners to develop plans to achieve this goal.
- Facilitate the development of monitoring plans and ensure that regular gender- and age-disaggregated data is collected, analysed and used to adapt the cholera response, in co-ordination and collaboration with other WASH actors.
- In close collaboration with other coordination platforms - particularly Health, Nutrition, Education and Protection - support partners to identify priority WASH actions that are feasible for different target groups, establish mechanisms for integration and provide advice where needed to mobilise action.
- Contribute to the reporting of WASH sectoral outcomes through the provision of consolidated up-to-date information and reports.
- Coordinate with other technical working groups to ensure that the provision of a cholera response in institutions is properly covered, e.g., in schools, health centres, prisons, etc.

- Facilitate partners' consideration of gender, equity and diversity in all elements of cholera prevention, preparedness and response.
- Encourage sector actors to consider gender, equity and diversity in all elements of cholera prevention, preparedness and response.
- Where necessary, highlight specific WASH issues for the attention of the WASH Chief to ensure priority and corrective measures are taken.
- Support the national authorities and WASH partners in incorporating cholera prevention and preparedness activities in their long-term development programmes.

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree or equivalent experience in Public Health Engineering; Environmental Health; Water, Sanitation & Hygiene (WASH); or other relevant course.
- Knowledge of water, sanitation and hygiene, public health engineering and C4D, including the use of participatory methodologies.
- Experience co-ordinating government agencies, local authorities, international organizations and NGOs, and capacity to provide formal and informal training.
- A minimum of five years of experience in emergency or development contexts.
- Experience working on cholera programmes an advantage.
- Demonstrated experience integrating gender and diversity issues into water, sanitation and hygiene.
- Assessment, analysis, planning and personnel management skills.
- Good communication, networking and organizational skills and ability to work well on a team.
- Ability to work well under pressure and in response to rapidly changing needs.
- Ability to travel at short notice and to work in difficult circumstances.
- Fluency in English/French/Spanish/Arabic¹ (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language an asset.

¹ Dependent on the international language spoken at the duty station

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: WASH Specialist (Cholera Response) – Hygiene Promotion

Reports to: Chief of WASH / Deputy Representative / Head of Office

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the supervision and direction of the Chief of WASH (or Deputy Representative / Head of Office) and in coordination with other WASH technical coordinators and communication for development specialists, support WASH partners to carry out hygiene communication in relation to cholera prevention, preparedness and response. Take responsibility for development, planning, implementation, monitoring and evaluation of hygiene promotion and communication in relation to cholera control and response and promote the integration of water, sanitation, health and hygiene aspects of all interventions.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Support the overall analysis of sectoral needs and priorities and the definition of strategies and standards to address WASH-related hygiene communication needs and activities to reduce the risk of cholera transmission, in collaboration with other WASH actors, within the national WASH co-ordination structures.
- Define and elaborate UNICEF's preparedness and response activities in hygiene communication as part of the overall national cholera response, based on an understanding of epidemiological information and a formative assessment of the situation.
- In coordination with other UNICEF sections and divisions (particularly Health and communications for development (C4D), as well as Nutrition, Protection and Education) and implementing partners, develop integrated strategies, plans, capacities and programmes to:
 - Communicate with and mobilise affected populations in relation to the management and prevention of cholera (including seeking treatment early, the use of ORS, the importance of handwashing with soap, food hygiene, precautions required at mass gatherings, household water treatment and storage, etc.) using both interpersonal and mass media channels of communication.
 - Communicate with and mobilise other target groups that can influence or support the prevention and control of cholera, e.g., journalists, teachers, government authorities, etc.
 - Support the effective implementation of WASH-related interventions in Cholera Treatment Centres, other institutions (schools, prisons etc) and communities as required.
- Based on information provided by UNICEF Health Section and health partners, support WASH interventions at household/community level, including the provision of handwashing with soap, safe excreta disposal (sanitation facilities) and household water treatment and storage where required.
- Based on the local context, promote the inclusion of menstrual hygiene management (MHM) in interventions, ensuring that women's and girls' special needs are considered and reflected in the response. Support partners to develop plans to achieve this goal.
- Collaborate on the design and effective implementation of a monitoring plan incorporating required changes into planned activities with special attention to the specific needs of women, children and people with disabilities.

- Contribute to UNICEF reporting, in accordance with UNICEF's CCC based Humanitarian Performance Monitoring criteria, allowing visibility of WASH-specific achievements and needs.
- Interact with government and partners (including UN, Donors, NGOs, CSOs, etc.) in the different stages of the emergency programme implementation following up on cooperation agreements, recommendations and other UNICEF commitments for the emergency response, including the development of national partners' capacity.
- In coordination with members of the WASH team and other sections, support the development of medium- / long-term strategies to address the risk of cholera transmission as part of UNICEF's WASH longer-term programme.

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree or equivalent experience in Public Health, Environmental Public Health, Programme Communication or other field related to behaviour change and communication.
- Knowledge of public health and one or more other relevant areas, e.g., behaviour change, health promotion, community development, education, etc.
- Experience with and understanding of hygiene promotion and community mobilisation in relation to water, sanitation and hygiene activities – including the use of participatory methodologies.
- Experience working with government agencies, local authorities, international organizations and NGOs.
- A minimum of 2-5 years of experience with either the UN and/or NGO.
- Fluency in English/French/Spanish/Arabic² (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language an asset.

² Dependant on the international language spoken at the duty station

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: WASH Specialist (Cholera Response) – Sanitation

Reports to: Chief of WASH / Deputy Representative / Head of Office

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the supervision and direction of the Chief of WASH (or Deputy Representative / Head of Office) and in coordination with other WASH technical team members, support WASH partners to carry out sanitation in relation to cholera prevention, preparedness and response. Take responsibility for development, planning, implementation, monitoring and evaluation of sanitation and communication in relation to cholera control and response and promote the integration of water, sanitation, health and hygiene aspects of all interventions.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Support the government and other partners in implementing effective sanitation elements of the cholera response.
- Support the assessment, mapping and analysis of cholera-specific needs, priorities and responses related to sanitation.
- In collaboration with partners, identify strategies to ensure that people have information to protect their health and dignity and the means to maintain sanitation and hygiene practices and that they are mobilised to take action to mitigate cholera risks.
- Consider different sanitation design options and operation and maintenance mechanisms appropriate to the local context and cultural norms, and ensure that sanitation facilities are accessible to people with limited mobility.
- Assess the capacity of WASH partners and stakeholders to cover identified sanitation needs, develop capacity-building plans to overcome the existing gaps and support implementation of the plans.
- Facilitate the sector in identifying needs, distributing sanitation-related supplies to promote safe excreta disposal and supporting partners to develop plans to implement and monitor these distributions.
- Based on the local context, promote the inclusion of menstrual hygiene management (MHM) in interventions, ensuring that women's and girls' special needs are considered and are reflected in the response. Support partners in developing plans to achieve this goal.
- Facilitate the development of monitoring plans and ensure that regular gender- and age-disaggregated data is collected, analysed and used to adapt the cholera response, co-ordinating and collaborating with other WASH actors.
- In close collaboration with other coordination platforms - particularly Health, Nutrition, Education and Protection - support partners in identifying priority sanitation actions that are feasible for different target groups, establishing mechanisms for integration and providing advice where needed to mobilise action.

- Contribute to the reporting of WASH sectoral outcomes through the provision of consolidated, up-to-date information and reports.
- Coordinate with other technical working groups to ensure that the provision of a cholera response in institutions is properly covered, e.g., in schools, health centres, prisons, etc.
- Facilitate partners' consideration of gender, equity and diversity in all elements of cholera prevention, preparedness and response.
- Where necessary, highlight specific WASH issues for the attention of the WASH Chief to ensure priority and corrective measures are taken.
- Support the national authorities and WASH partners in incorporating cholera prevention and preparedness activities in their long-term development programmes.

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree or equivalent experience in Public Health Engineering; Environmental Health: Water, Sanitation & Hygiene (WASH); or other relevant course.
- Knowledge of water, sanitation and hygiene, public health engineering and communications for development (C4D), including the use of participatory methodologies.
- Experience working in partnership with government agencies, local authorities, international organizations and NGOs, and capacity to provide formal and informal training.
- A minimum of two years of experience in emergency or development contexts.
- Experience working on cholera programmes an advantage.
- Demonstrated experience integrating gender and diversity issues into water, sanitation and hygiene programmes.
- Assessment, analysis, planning and personnel management skills.
- Good communication, networking and organisational skills, and ability to work well on a team.
- Ability to work well under pressure and in response to rapidly changing needs.
- Ability to travel at short notice and to work in difficult circumstances.
- Fluency in English/French/Spanish/Arabic³ (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language an asset.

³ Dependent on the international language spoken at the duty station

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: WASH Specialist (Cholera Response) – Water Quality

Reports to: Chief of WASH / Deputy Representative / Head of Office

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the supervision and direction of the Chief of WASH (or Deputy Representative / Head of Office) and in coordination with other WASH technical team members, support WASH partners in carrying out water quality-related interventions in relation to cholera prevention, preparedness and response. Take responsibility for development, planning, implementation, monitoring and evaluation of water quality-related interventions for cholera control and response and promote the integration of water, sanitation, health and hygiene aspects of all interventions.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Support the government and other partners to implement effective water quality-related elements of the cholera response. Work closely with the WASH specialists for water supply, sanitation and hygiene promotion as an integrated team.
- Support the assessment, mapping and analysis of cholera-specific needs, priorities and responses related to water supply with a specific focus on water quality.
- In collaboration with partners, identify strategies to ensure that people have information to protect their health and dignity and the means to maintain their water supply, sanitation and hygiene practices, and that they are mobilised to take action to mitigate cholera risks.
- Support partners in considering different water treatment options (both bulk and point of use, and safe storage) and operation and maintenance mechanisms appropriate to the local context and cultural norms.
- Assess the capacity of WASH partners and stakeholders to meet identified water treatment-related needs, develop capacity-building plans to overcome the existing gaps and support implementation of the plans.
- Facilitate the sector in identifying needs and in distributing water treatment and safe storage-related supplies to promote access to safe water sources and to support partners in developing plans to implement and monitor these distributions.
- Based on the local context, promote the inclusion of menstrual hygiene management (MHM) in interventions, ensuring that women's and girls' special needs are considered and reflected in the response. Support partners to develop plans to achieve this goal.
- Facilitate the development of monitoring plans and ensure that regular gender- and age-disaggregated data is collected, analysed and used to adapt the cholera response, in co-ordination and collaboration with other WASH actors.
- In close collaboration with other coordination platforms - particularly Health, Nutrition, Education and Protection - support partners to identify priority water treatment and safe storage actions that are feasible for different target groups, establish mechanisms for integration and provide advice where needed to mobilise action.

- Contribute to the reporting of WASH sectoral outcomes through the provision of consolidated, up-to-date information and reports.
- Coordinate with other technical working groups to ensure that the provision of a cholera response in institutions is properly covered, e.g., in schools, health centres, prisons, etc.
- Facilitate partners' consideration of gender, equity and diversity in all elements of cholera prevention, preparedness and response.
- Where necessary, highlight specific WASH issues for the attention of the WASH Chief to ensure priority and corrective measures are taken.
- Support the national authorities and WASH partners in incorporating cholera prevention and preparedness activities in their long-term development programmes.

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree or equivalent experience in Public Health Engineering; Environmental Health; Water, Sanitation & Hygiene (WASH); or other relevant course.
- Knowledge of water, sanitation and hygiene, public health engineering and communications for development (C4D), including the use of participatory methodologies.
- Specific knowledge and experience on water treatment (bulk and point of use, and safe storage)
- Experience working in partnership with government agencies, local authorities, international organizations and NGOs and capacity to provide formal and informal training.
- A minimum of two years of experience in emergency or development contexts.
- Experience working on cholera programmes an advantage.
- Demonstrated experience integrating gender and diversity issues into water, sanitation and hygiene (WASH) programmes.
- Assessment, analysis, planning and personnel management skills.
- Good communication, networking and organisational skills and ability to work well on a team.
- Ability to work well under pressure and in response to rapidly changing needs.
- Ability to travel at short notice and to work in difficult circumstances.
- Fluency in English/French/Spanish/Arabic⁴ (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language an asset.

⁴ Dependent on the international language spoken at the duty station

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: WASH Specialist (Cholera Response) – Water Supply

Reports to: Chief of WASH / Deputy Representative / Head of Office

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the supervision and direction of the Chief of WASH (or Deputy Representative / Head of Office) and in coordination with other WASH technical team members, support WASH partners to carry out water supply strategies in relation to cholera prevention, preparedness and response. Take responsibility for development, planning, implementation, monitoring and evaluation of water supply in relation to cholera control and response and promote the integration of water, sanitation, health and hygiene aspects of all interventions.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Support the government and other partners to implement effective water supply elements of the cholera response. Work closely with other WASH specialists ensuring water quality, sanitation and hygiene promotion as an integrated team.
- Support the assessment, mapping and analysis of cholera specific needs, priorities and responses related to water supply (water quantity and quality).
- In collaboration with partners, identify strategies to ensure that people have information to protect their health and dignity and the means to maintain their water supply, sanitation and hygiene practices and that they are mobilised to take action to mitigate cholera risks.
- Support partners in considering different water supply options and operation and maintenance mechanisms appropriate to the local context and cultural norms and in making sure that water supplies are accessible to people with limited mobility.
- Assess the capacity of WASH partners and stakeholders to meet identified water supply-related needs, develop capacity-building plans to overcome the existing gaps and support implementation of the plans.
- Facilitate the sector in identifying needs and in distributing water supply-related provisions to promote safe excreta disposal and support partners in developing plans to implement and monitor these distributions.
- Based on the local context, promote the inclusion of menstrual hygiene management (MHM) in interventions, ensuring that women's and girls' special needs are considered and are reflected in the response. Support partners to develop plans to achieve this goal.
- Facilitate the development of monitoring plans and ensure that regular gender- and age-disaggregated data is collected, analysed and used to adapt the cholera response, co-ordinating and collaborating with other WASH actors.
- In close collaboration with other coordination platforms - particularly Health, Nutrition, Education and Protection - support partners to identify priority sanitation actions that are feasible for different target groups, establish mechanisms for integration and provide advice where needed to mobilise action.

- Contribute to the reporting of WASH sectoral outcomes through the provision of consolidated, up-to-date information and reports.
- Coordinate with other technical working groups to ensure that the provision of a cholera response in institutions is properly covered, e.g., in schools, health centres, prisons, etc.
- Facilitate partners' consideration of gender, equity and diversity in all elements of cholera prevention, preparedness and response.
- Where necessary, highlight specific WASH issues for the attention of the WASH Chief, to ensure priority and corrective measures are taken.
- Support national authorities and WASH partners to incorporate cholera prevention and preparedness activities in their long-term development programmes.

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree or equivalent experience in Public Health Engineering; Environmental Health; Water, Sanitation & Hygiene (WASH) or other relevant course.
- Knowledge of water, sanitation and hygiene, public health engineering and communication for development (C4D), including the use of participatory methodologies.
- Experience working in partnership with government agencies, local authorities, international organizations and NGOs and capacity to provide formal and informal training.
- A minimum of two years of experience in emergency or development contexts.
- Experience working on cholera programmes an advantage.
- Demonstrated experience integrating gender and diversity issues into water, sanitation and hygiene (WASH) programmes.
- Assessment, analysis, planning and personnel management skills.
- Good communication, networking and organisational skills and ability to work well within a team.
- Ability to work well under pressure and in response to rapidly changing needs.
- Ability to travel at short notice and to work in difficult circumstances.
- Fluency in English/French/Spanish/Arabic⁵ (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language an asset.

⁵ Dependent on the international language spoken at the duty station

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: Cholera Specialist

Reports to: Chief of Health

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the supervision of the Chief of Health, responsible for the planning, implementation, monitoring and evaluation of UNICEF's preparedness and response to acute watery diarrhea (AWD)/cholera.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Support UNICEF's cholera preparedness and response activities internally and with the health and other relevant sectors/clusters, such as WASH coordination mechanisms.
- Participate in rapid needs assessments for cholera with WHO and partners.
- Contribute to UNICEF's and the health cluster's/sector's cholera response strategy and action planning processes in collaboration with WASH and other key sectors.
- Provide technical support to UNICEF and partners, including the development/sharing of protocols, guidelines and training materials for surveillance, early warning and alert systems, case management, establishment of cholera treatment centres, community-based interventions, communications, social mobilization and forecasting, procurement and distribution of supplies.
- Develop behaviour change communication materials for cholera prevention and care with WASH, communications for development (C4D) and other relevant sectors.
- Provide technical support for the use of oral cholera vaccines (OCV) - if the government goes forward with a campaign - in close collaboration with WHO, CDC and other technical agencies.
- Support enhancement of a sustainable cholera control program at community and health facility level.
- Manage UNICEF's relations with its partners, taking administrative actions such as renewing PCAs.
- Oversee project supply chain in coordination with UNICEF operations staff to provide diarrheal disease essential drugs and materials to government and NGO partners.
- Monitor the coverage of cholera interventions among the beneficiary population and share information for internal communication and external coordination.
- Contribute to information systems and products related to the cholera response.
- Contribute to resource mobilization efforts including preparation of emergency funding appeals for UNICEF and health cluster/sector mechanisms.

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree in public health (MD, nursing or other relevant health discipline) and/or a Master's, MSc, PhD in public health or related field.
- A minimum of 5-8 years of experience in planning and implementing cholera control programs.
- Fluency in English (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language an asset.

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: WASH Specialist - Cholera

Reports to: Chief of WASH / Deputy Representative / Head of Office

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the direction of the WASH Manager / Chief of WASH, work in close co-ordination with other members and technical specialists of the WASH, Health and other sections, as appropriate. Be responsible for / support the development, planning, implementation, monitoring and evaluation of UNICEF's preparedness and response to acute watery diarrhea (AWD) / cholera activities and results related to safeguarding and improving public health of the affected population. Ensure access to safe drinking water, excreta disposal; promote safe hygiene practices; and ensure overall efficiency, effectiveness and delivery of results in accordance with UNICEF's CCCs and with national and international humanitarian standards.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Within the framework of the national WASH coordination platform/sectoral cluster, in conjunction with other WASH stakeholders and on behalf of UNICEF, support the overall analysis of sectoral needs and priorities and the definition of strategies and standards to address WASH-related needs and activities. Contribute to reducing the risk of AWD and cholera transmission, with special emphasis on the identification of key hygiene practices and messages, and of population sectors with whom engage, in accordance with national and international humanitarian standards.
- Be responsible for/support the definition of UNICEF's preparedness and response activities in the WASH sector (strategies, outcomes, target population) as part of the overall national AWD/cholera response, based on the understanding of the epidemiological information.
- In coordination with UNICEF's other relevant sections and divisions, (particularly Health and Programme Communications/C4D) and implementing partners, develop strategies, plans and capacities to:
 - Reach target populations with culturally appropriate messages related to home-based management, including the use of ORS, handling of faeces and other safe hygiene practices such as handwashing with soap and household water treatment and storage
 - Implement WASH-related interventions in Cholera Treatment Centres and other health facilities as required,
- Based on information provided by UNICEF Health Section/health partners, support tracing of cholera cases with focussed WASH interventions at household/community level, including the provision of means for hygiene/handwashing (soap), safe excreta disposal (sanitation facilities) and household water treatment and storage.
- Collaborate with the design and effective implementation of a monitoring plan to assess UNICEF's response in the WASH sector, incorporating required changes into planned activities with special attention to the specific needs of women, children and people with disabilities, as well as other cross-cutting areas.
- Contribute to UNICEF reporting, in accordance with UNICEF's CCC-based Humanitarian Performance Monitoring criteria, allowing visibility of WASH-specific achievements and needs.

- Interact with government and partners (including UN, Donors, NGOs, CSOs, etc.) in the different stages of the emergency programme implementation, following up on cooperation agreements, recommendations and other UNICEF commitments with respect to the emergency response, including the development of national partners' capacity.
 - In coordination with members of the WASH team and other sections, support the development of medium-/long-term strategies to address the risk of cholera transmission as part of the UNICEF's regular WASH programme.
-

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree or equivalent experience in Environmental Public Health, Civil Engineering, Programme Communication, Sanitation Engineering, or other field related to behaviour change communication.
- Knowledge of public health and one or more other relevant area, e.g., behaviour change, health promotion, community development, education, etc.
- Experience working with government agencies, local authorities, international organizations, NGOs and communities in the fields of water, sanitation and participatory approaches to health and hygiene promotion.
- A minimum of 2-5 years of experience with either the UN and/or NGOs.
- Fluency in English (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language are assets.

TERMS OF REFERENCE FOR EMERGENCY (SURGE) MISSIONS

Title: Hygiene Promotion Specialist (Cholera Response) – Sectoral Coordination

Reports to: WASH Chief (or WASH Cluster Coordinator)

Duration: Three month deployment with a possibility to extend to six months

Location: _____

BACKGROUND

In the 2010 update of the Core Commitments for Children (CCCs) is the explicit commitment that *appropriate and experienced staff and personnel with relevant deployment training are provided and rapidly deployed, that focus on action in the first eight critical weeks of humanitarian response and provide guidance for action beyond that, moving towards defined benchmarks.*

PURPOSE

Under the supervision and direction of the WASH Cluster Coordinator / Deputy WASH Cluster Coordinator and in coordination with other WASH cluster technical coordinators and communication for development (C4D) specialists, co-ordinate and support WASH cluster or sector partners in compiling, implementing and monitoring a hygiene communication strategy and plan for cholera based on a comprehensive assessment and analysis of the cholera situation.

MAIN RESPONSIBILITIES AND TASKS

- Support the government lead on hygiene promotion to co-ordinate WASH partners and communication specialists working in hygiene promotion and communication for the cholera response.
- Support the assessment and analysis of cholera specific needs and priorities for the WASH sector.
- In collaboration with partners, identify strategies to ensure that people have information to protect their health and the means to maintain hygiene, and are mobilize them to take action to mitigate cholera risks.
- Assess the capacity of humanitarian WASH partners and stakeholders to cover identified needs and develop capacity-building plans to overcome the existing gaps.
- Support the development of sectoral communication plans to achieve the agreed outcomes on hygiene communication. Communication plans must take account of different target audiences and how to enable improved hygiene practices and should NOT focus only on message dissemination.
- Ensure that communication plans encompass outbreak communication and collaboration with the mass media.
- Identify the need to distribute WASH non-food items to support protective hygiene practices such as handwashing with soap, and support partners to develop plans to implement and monitor these distributions.
- Based on the local context, promote the inclusion of menstrual hygiene management (MHM) in interventions, ensuring that women's and girls' special needs are considered and reflected in the response. Support partners to develop plans to achieve this goal.
- Facilitate the development of monitoring plans and ensure that regular gender- and age-disaggregated data is collected, analyzed and used to adapt the cholera response, co-ordinating and collaborating with other WASH actors.
- In close coordination with other clusters/coordination platforms - particularly Health, Education and Protection -support partners to identify priority hygiene actions that are feasible for different target groups and provide advice where needed to mobilize action.
- Contribute to the reporting of WASH sectoral outcomes through the provision of consolidated, up-to-date information and reports.

- Coordinate with other technical working groups to ensure that the provision of a cholera response in institutions is properly covered, e.g., in schools, health centres, prisons, etc.
- Where necessary, highlight specific hygiene communication issues for the attention of the WASH Chief or WASH Cluster Coordinator to ensure that they are prioritized and that corrective measures are taken.
- Support humanitarian WASH partners and national authorities to incorporate cholera preparedness activities in their long-term implementation plans.

MINIMUM QUALIFICATIONS AND COMPETENCIES

- Advanced university degree or equivalent experience in Public Health, Environmental Public Health, Programme Communication or other field related to behaviour change and communication.
- Knowledge of public health and one or more other relevant areas, e.g., behaviour change, health promotion, community development, education, etc.
- Experience with and understanding of hygiene promotion and community mobilisation in relation to water, sanitation and hygiene (WASH) activities – including the use of participatory methodologies.
- Experience co-ordinating government agencies, local authorities, international organizations and NGOs.
- A minimum of 2-5 years of experience with either the UN and/or an international NGO.
- Fluency in English/French/Spanish/Arabic⁶ (verbal and written). Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation and knowledge of another UN language an asset.
- Experience working on cholera programmes an advantage.

⁶ Dependent on the international language spoken at the duty station

TERMS OF REFERENCE: Field Hygiene Promoter⁷

Purpose:

As part of the WASH cholera intervention, safeguard and improve the public health of the affected population by:

- Implementing effective communication strategies and activities in response to the cholera outbreak
- Promoting the appropriate use and maintenance of any WASH facilities and services provided as part of the response
- Ensuring community participation and accountability in the delivery of the programme.

Reports to: Hygiene Promotion Co-ordinator

Manages: Community mobilisers

Key tasks and responsibilities:

- Help plan, carry out and analyse needs assessments, baseline studies and periodic studies, and provide feedback of findings to stakeholders.
- Help plan and implement activities to reduce cholera-related WASH risks.
- Help involve community members in the design of WASH facilities and promote their appropriate use and maintenance.
- Enable effective dialogue with the affected community to facilitate agency accountability for the quality of the WASH cholera programme.
- Help identify needs for non-food items (NFIs) relevant to hygiene and participate in the choice of NFIs, targeting strategy, promotion of effective use and post-distribution monitoring.
- Collate data from the community mobilisers and communities and prepare regular reports on activities and conditions for monitoring purposes.
- Coordinate with water supply and sanitation field staff to ensure that the various aspects of the WASH cholera response are integrated.
- Liaise with community leaders and other sectors and agencies working locally across Health, Nutrition, Shelter, Education and Logistics. Attend co-ordination meetings as required.
- Recruit, train, and manage community mobilisers or other hygiene outreach workers.
- Supervise hygiene promotion activities in line with relevant standards, codes of conduct and humanitarian principles.
- Use participatory approaches to the extent possible throughout the programme cycle, in training and in the use of toolkits and other materials.
- Take account of gender, protection, HIV, the environment, and other important cross-cutting concerns in programme design, implementation and reporting; carry out activities in a way that reflects the needs of specific groups and individuals, e.g., elderly people, children and people with disabilities.
- Keep accurate records of field expenditures and report them to the Hygiene Promotion Co-ordinator.

⁷ Adapted from WASH Cluster HP Project materials

Qualifications and competencies:

- Knowledge of one or more of the following fields: public health, health or hygiene promotion, community development, education or community water supply and sanitation.
- At least two years of practical experience in the affected country, in relevant community development, health, WASH or similar programmes.
- Working knowledge and experience with local partner agencies.
- Experience with and understanding of hygiene promotion and community mobilisation in relation to water and sanitation activities.
- Sensitivity to the needs and priorities of different community sectors.
- Familiarity with the culture of the affected population, ability to develop respect from a wide range of people and strong ability to communicate effectively on hygiene matters.
- Fluency in the language of the affected population and the international language used in the humanitarian operation.
- Assessment, analysis and planning skills.
- Good oral and written reporting skills.
- Diplomacy, tact and negotiating skills.
- Training/counterpart development skills.
- Personnel management skills.
- Ability to work well within a team in difficult circumstances.

TERMS OF REFERENCE: WASH Trainer

Purpose:

To safeguard and improve the public health of the affected population by:

- Identifying and prioritising all WASH training needs in relation to cholera preparedness and response
- Designing and implementing an effective and practical training programme to develop the skills required by staff for effective cholera interventions.

Reports to: WASH Programme Manager

Manages: No direct management responsibilities but supervision of any support trainers as required

Key tasks and responsibilities:

- In co-ordination with the WASH team and other WASH agencies, identify training needs and priorities with respect to cholera preparedness and response for agency staff and partner organisations.
- Design a programme of training and skills development using a variety of methods (workshops, mentoring, coaching, etc.) and ensure that training priorities are identified and that training provision is budgeted.
- Ensure that skills training for greater community participation and accountability in preparedness and response is integrated into all training provision.
- Identify potential co-trainers and facilitators to help deliver the training programme and provide support as required.
- Monitor the effectiveness of the training provided and adapt training provision as required (effectiveness must be determined by assessments of practical skills as well as other evaluation methods).
- Provide regular narrative and financial reports to the WASH programme manager as required.
- Plan and manage the WASH training budget and control/authorize expenditure.
- Co-ordinate with the WASH and other sectors/coordination platforms – particularly Health, Nutrition, Education and Protection – to ensure that the duplication of training is avoided and that resources are shared where possible.
- Ensure that training provision is in line with relevant standards, codes of conduct, and humanitarian principles.

Qualifications and competencies:

- University degree or equivalent-level experience in a WASH-related field (public health, hygiene promotion, community development, public health engineering, etc.)
- Knowledge of and significant experience in providing adult education and training to a variety of audiences
- Experience and understanding of hygiene promotion and community mobilisation in relation to water, sanitation and hygiene (WASH) activities (the use of participatory methodologies an advantage).
- Working knowledge and experience with local partner agencies and the provision of formal and informal training.
- Experience working in cholera response an advantage
- Demonstrated experience integrating community participation, gender and diversity issues into training provision.
- A firm understanding of accountability to affected populations
- Assessment, analytical, and planning skills
- Good communication skills and ability to work well within a team.
- Ability to work well under pressure and in response to rapidly changing needs.
- Ability to travel at short notice and to work in difficult circumstances
- A minimum of 2-5 years of experience with either the UN and/or and international NGO
- Good written and spoken skills in the language of the humanitarian operation; knowledge of another language an asset.

TERMS OF REFERENCE: Water and Sanitation Engineer⁸

Purpose:

As part of the WASH cholera intervention, safeguard and improve the public health of the affected population by:

- Implementing effective WASH strategies and activities in response to the cholera outbreak
- Promoting the appropriate use and maintenance of any WASH facilities and services provided as part of the response
- Ensuring community participation and accountability in the delivery of the programme.

Reports to: WASH Co-ordinator

Manages: Water and sanitation technicians

Key tasks and responsibilities:

- Help plan, carry out and analyse needs assessments, baseline studies and periodic studies, and provide feedback on findings to stakeholders.
- Help plan, design and implement water and sanitation related activities to reduce WASH- related cholera risks.
- Work closely with the hygiene promotion staff on a daily basis co-ordinating and integrating all activities.
- Consider the on-going operation and maintenance of WASH facilities and involve community members in their design, appropriate use and maintenance.
- Enable effective dialogue with the affected community to allow the agency to be held to account for the quality of the cholera WASH programme.
- Help identify needs for non-food items (NFIs) relevant to water, sanitation and hygiene (WASH) programming in collaboration with the hygiene promotion team members, and participate in the choice of those NFIs, targeting strategy, promotion of effective use, and post-distribution monitoring.
- Monitor, collate data and prepare regular reports on activities, outputs and outcomes
- Liaise with community leaders and other sectors and agencies working locally such as Health, Nutrition, Shelter, Education and Logistics. Attend co-ordination meetings as required.
- Recruit, train, and manage water and sanitation related technicians.
- Supervise WASH activities in line with relevant standards, codes of conduct and humanitarian principles.
- Use participatory approaches to the extent possible throughout the programme cycle and in training and monitoring.
- Take account of gender, protection, HIV, the environment, and other important cross-cutting concerns in programme design, implementation, and reporting; carry out activities in a way that reflects the needs of specific groups and individuals, e.g., elderly people, children, and people with disabilities.
- Keep accurate records of field expenditures and report them to the WASH Coordinator.

⁸ Adapted from WASH Cluster HP Project materials

Qualifications and competencies:

- Degree-level qualification in one or more of the following: public health engineering, civil engineering or community water supply and sanitation or equivalent.
- At least two years of practical experience in relevant emergency WASH, or similar programmes.
- Experience working in cholera programmes would be an advantage.
- Knowledge of and experience with local partner agencies.
- Experience and understanding of water and sanitation and hygiene.
- Sensitivity to the needs and priorities of different community sectors.
- Familiarity with the culture of the affected population, ability to develop respect from a wide range of people and strong ability to communicate effectively on water and sanitation matters.
- Fluency in the language of the affected population and the international language used in the humanitarian operation.
- Assessment, analysis and planning skills.
- Good oral and written reporting skills.
- Diplomacy, tact, and negotiating skills.
- Training/counterpart development skills.
- Personnel management skills.
- Ability to work well within a team in difficult circumstances.

Simple job description – Cleaner for a cholera related health facility (CTC, CTU)

A cleaner is a person responsible for cleaning, making the chlorine solutions and handling laundry in a cholera-related health facility should be able to undertake the following duties:

Responsible actions	Remarks
Cleaning bed pans every hour	Soak with a 2% chlorine solution for 10 minutes, then empty them into a covered pit latrine
Clean toilets and showers 2 to 4 times per day	Use 0.2% solution
Cleaning beds and floors 2 times a day or when they become dirty	Clean or spray using 0.2% solution
Prepare 2 types of disinfecting solutions (0.2% and 0.05% solutions) daily	Follow solution table This job could be done by the Medical Helper if available
Prepare the 2% solution weekly	Follow solution table
Clean clothing when people leave (patients, relatives and staffs)	Boil them or soak them in 0.2% solution for 10 minutes then rinse with clean water
Refill hand washing containers when empty	Use 0.05% solution
Refill drinking water containers	Use PUR or WaterMaker prepared by the nurses
Refill sprayers and foot bath	Use 0.2% solution
Collect waste in bins with lids	Burn in an open pit
Dispose buckets with excreta	Put half a cup 2% chlorine solution in the empty buckets
Use personal hygiene	Use separate toilets Wear gloves, apron or overall and boots in the center area Wash hands and gloves after work

Key skills:

- Strong sense of responsibility
- Ability to work cooperatively within a team
- Reliability
- Literacy

Simple job description – Cleaner for a cholera related health facility (CTC, CTU)

A cleaner is a person responsible for cleaning, making the chlorine solutions and handling laundry in a cholera-related health facility should be able to undertake the following duties:

Responsible actions	Remarks
Cleaning bed pans every hour	Soak with a 2% chlorine solution for 10 minutes, then empty them into a covered pit latrine
Clean toilets and showers 2 to 4 times per day	Use 0.2% solution
Cleaning beds and floors 2 times a day or when they become dirty	Clean or spray using 0.2% solution
Prepare 2 types of disinfecting solutions (0.2% and 0.05% solutions) daily	Follow solution table This job could be done by the Medical Helper if available
Prepare the 2% solution weekly	Follow solution table
Clean clothing when people leave (patients, relatives and staffs)	Boil them or soak them in 0.2% solution for 10 minutes then rinse with clean water
Refill hand washing containers when empty	Use 0.05% solution
Refill drinking water containers	Use PUR or WaterMaker prepared by the nurses
Refill sprayers and foot bath	Use 0.2% solution
Collect waste in bins with lids	Burn in an open pit
Dispose buckets with excreta	Put half a cup 2% chlorine solution in the empty buckets
Use personal hygiene	Use separate toilets Wear gloves, apron or overall and boots in the center area Wash hands and gloves after work

Key skills:

- Strong sense of responsibility
- Ability to work cooperatively within a team
- Reliability
- Literacy