



2023

KIT DE PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES CHOLÉRA

MENTION LEGALES

MENTION

© Action contre la Faim International.

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc.) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document vise à porter à l'attention du public les informations relatives aux initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim International. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et à jour à la date de création. Nous nous efforcerons de corriger toute erreur qui nous serait signalée. Toutefois, la responsabilité d'Action contre la Faim n'est en aucune manière engagée quant au contenu des informations du présent document.

Lesquelles :

- ont un caractère général et ne visent pas à aborder les circonstances spécifiques propres à une personne physique ou morale ;
- ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour ;
- renvoient parfois à des documents ou à sites externes sur lesquels Action contre la Faim n'exerce aucun contrôle et pour lesquels Action contre la Faim décline toute responsabilité ;
- n'ont en aucun cas valeur de conseil juridique.

La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de contourner les exigences posées par les législations nationales en vigueur ou d'exclure la responsabilité d'Action contre la Faim de manière contraire aux exigences posées par les législations nationales applicables ni d'exclure sa responsabilité dans le cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.

Édition et graphique design : Céline Beuvin

Auteurs : Jessica Dunoyer (Agence Epilinks); Jainil Didaraly (Agence Epilinks), Caroline Antoine, Tom Heath, Miguel Suarez, Jean Lapegue, Camille Bureau, Bram Riems, Isabelle Delrieu (Agence Epilinks)

Photo de couverture : © Adrew Yakubu

Action contre la Faim international, octobre 2022

© Action contre la Faim, 2023 - 102 rue de Paris 93100 MONTREUIL, FRANCE
www.actioncontrelafaim.org

PRÉAMBULE



PASCAL REVAUX
DIRECTEUR EXPERTISE
ET PLAIDOYER-ACF,
16 SEPTEMBRE 2022.

En 1848, un nouvel épisode de choléra au Royaume Uni conduisit à la mise en place de la *première loi de santé publique* sous l'impulsion d'Edward Chadwick. Ce dernier connu pour avoir soutenu la lutte contre la pauvreté comme déterminant de la transmission des maladies et de l'état de santé des populations avait déjà recommandé les principes de base de la réponse aux épidémies de choléra, à savoir : l'amélioration du drainage et l'installation d'égouts, l'enlèvement de tous les déchets des maisons, des rues et des routes, l'approvisionnement en eau potable, la nomination d'un médecin pour chaque ville pour détecter et traiter, la mise en place enfin d'un système de protection sociale.¹ La grande critique de cette loi fut son caractère non contraignant et général, entraînant des disparités dans les réponses et donc une efficacité parfois limitée.

Aujourd'hui, alors que toutes les régions du monde déclarent encore des cas de choléra, que le continent africain concentre 50% de ceux-ci, la létalité peut dépasser 6% au sein des populations décrites comme vulnérables et résidant dans les zones à risque élevé de survenue d'épidémies. Nous savons que l'émergence récente des variants du *Vibrio cholerae*, hybrides entre le biotype classique et celui El Tor, se révèle particulièrement virulente, tandis que le nombre de cas est sous-estimé,² avec probablement plus de 2 millions de cas annuel de choléra dans 47 pays et plus de 100.000 décès par an.³ Sachant également qu'aujourd'hui près de 840 millions de personnes sont sans accès aux services d'approvisionnement en eau potable de base, que plus de 2 milliards boivent de l'eau contaminées par des matières fécales et que 2,4 milliards n'ont pas de toilettes de base⁴, les conditions sont réunies pour un risque élevé de survenue et de propagation des épidémies de choléra. Enfin, les conflits, les inégalités sociales et la crise écologique sont des facteurs qui favorisent la survenue des épidémies a fortiori chez des personnes malnutries. Sous-nutrition et cholera ont une histoire commune et peuvent chacun faire le lit de l'autre.

C'est pourquoi, Action contre la Faim s'est engagé à contribuer à la Task Force Globale pour le Contrôle du Choléra, *Global Task Force on Cholera Control*⁵ (GTFCC), à l'horizon 2030, pour réduire la transmission du choléra et 90% des décès dus au choléra. Trois axes stratégiques structurent la réponse de la GTFCC : la détection précoce et une réponse rapide pour endiguer les flambées épidémiques, une approche ciblée pour améliorer la prévention, la coordination des ressources humaines, techniques et financières.

Le **kit de procédures opérationnelles** par ACF fournit ainsi un support pratique pour mieux décliner ces trois axes à travers cinq modules et une démarche intersectorielle : la coordination, la prise en charge des cas, la réponse au sein des, et avec les communautés, l'analyse de risque, le suivi, l'évaluation et l'apprentissage, le soutien aux fonctions logistiques, et des ressources humaines et de la communication. Gageons que ce kit d'outils opérationnels fournira un levier utile et concret pour les interventions des équipes de terrain, qu'il s'agisse des soignants, des intervenants dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement, de la logistique, et de manière plus générale des différents métiers engagés. Espérons aussi que ce kit donnera des repères à l'intention de celles et ceux qui planifient, évaluent et animent les réponses opérationnelles. Gageons enfin qu'il sera diffusé et utilisé systématiquement de manière à ne pas limiter son efficacité attendue.

1 - <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/towncountry/towns/tyne-and-wear-case-study/about-the-group/public-administration/the-1848-public-health-act/>

2 - <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cholera>

3 - <https://www.gtfcc.org/fr/>

4 - <https://www.gtfcc.org/fr/a-propos-du-cholera/>

5 - <https://www.gtfcc.org/fr/partenaires-en-action/>



© ACF

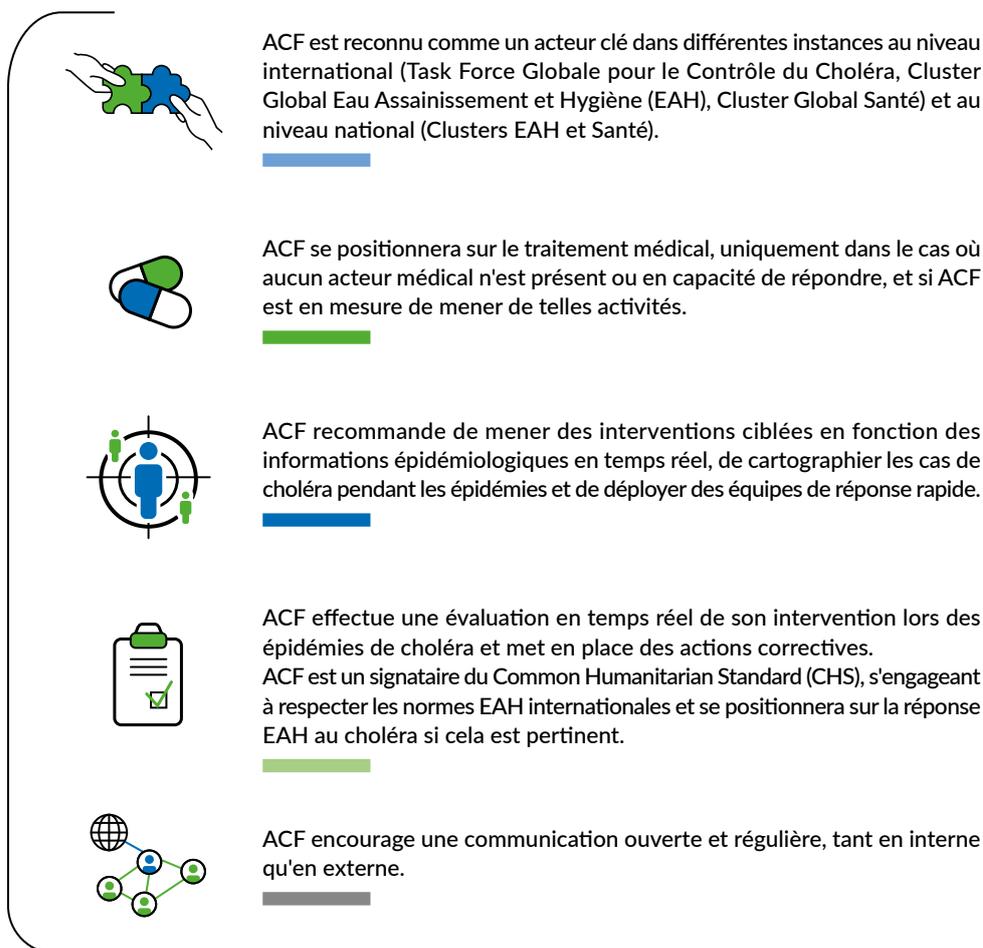
TABLE DES MATIÈRES

QU'EST CE QUE LE KIT DE PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES CHOLÉRA D'ACF ?	5
MODULES DU KIT DE PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES CHOLÉRA	7
1/ COORDINATION	9
2/ GESTION DES CAS DE CHOLÉRA	15
3/ LA RÉPONSE AU CHOLÉRA DANS LA COMMUNAUTÉ	93
4/ SUIVI ÉVALUATION, APPRENTISSAGE	139
5/ FONCTIONS CLÉS DE SOUTIEN	161

QU'EST-CE QUE LE KIT DES PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES D'ACF ?

Depuis sa création en 1979, ACF a répondu aux épidémies de choléra à travers l'engagement de son département Eau Assainissement et Hygiène (EAH), et plus occasionnellement, son département Santé & Nutrition. De plus en plus, les bureaux pays d'ACF reçoivent dans leurs zones de travail des invitations urgentes à participer aux actions locales de contrôle des épidémies, de la part des autorités sanitaires et des partenaires (donateurs, ONG internationales et nationales). Compte tenu de l'importance de contribuer à ces efforts, un certain nombre de bureaux pays ont été récemment impliqués dans les réponses aux épidémies à travers des activités EAH et médicales. Le récent réengagement d'ACF dans la santé rend nécessaire d'explicité et de combiner les deux champs d'activité et d'encourager leur intégration. En outre, ACF soutient de plus en plus la réponse dans la communauté en mettant en œuvre des interventions axées sur l'épidémiologie, géo-ciblées et basées sur des preuves, ce qui nécessite des directives opérationnelles adaptées.

FIGURE 1 POSITIONNEMENT



OBJECTIF

L'objectif du kit de procédures opérationnelles sur le choléra d'ACF est de fournir des procédures opérationnelles standard aux équipes de terrain d'ACF pour prévenir, se préparer et répondre aux épidémies de choléra, en combinant les activités de santé et d'eau, d'assainissement et d'hygiène et en incluant une composante sur la stratégie de gestion des cas.

Les objectifs spécifiques sont :

- Établir des normes pour les activités de préparation et de réponse au choléra.
- Décrire les étapes d'une réponse rapide et efficace aux épidémies de choléra.
- Définir les rôles et les responsabilités des équipes programme et de logistique et établir un lien avec l'unité urgence et ses processus.

MÉTHODOLOGIE

1. En 2019 une enquête en ligne a permis de recueillir les attentes en termes de contenu et de structure de la boîte à outils des utilisateurs d'ACF.
2. Le kit de procédures opérationnelles a été élaboré en 2019 sur la base des ressources disponibles, notamment les boîtes à outils, les feuilles de route, les rapports, sites internet et de nombreuses autres ressources de la Task Force Globale pour le contrôle du Choléra (GTFCC), de Médecins Sans Frontières (MSF), de l'UNICEF, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'ACF, ainsi que des articles scientifiques pertinents et des informations sur les pays.
3. Chaque fiche a été revue par des experts des départements concernés d'ACF ainsi que par des experts externes.
4. Le kit de procédures opérationnelles suit un processus progressif et interactif: c'est un outil vivant qui a vocation à être régulièrement mis à jour et amélioré grâce au retour d'information des utilisateurs finaux.

Pour vos commentaires et suggestions, veuillez contacter cantoine@actioncontrelafaim.org.

CONTENU

Le kit des procédures opérationnelles choléra est subdivisé en cinq modules distincts :

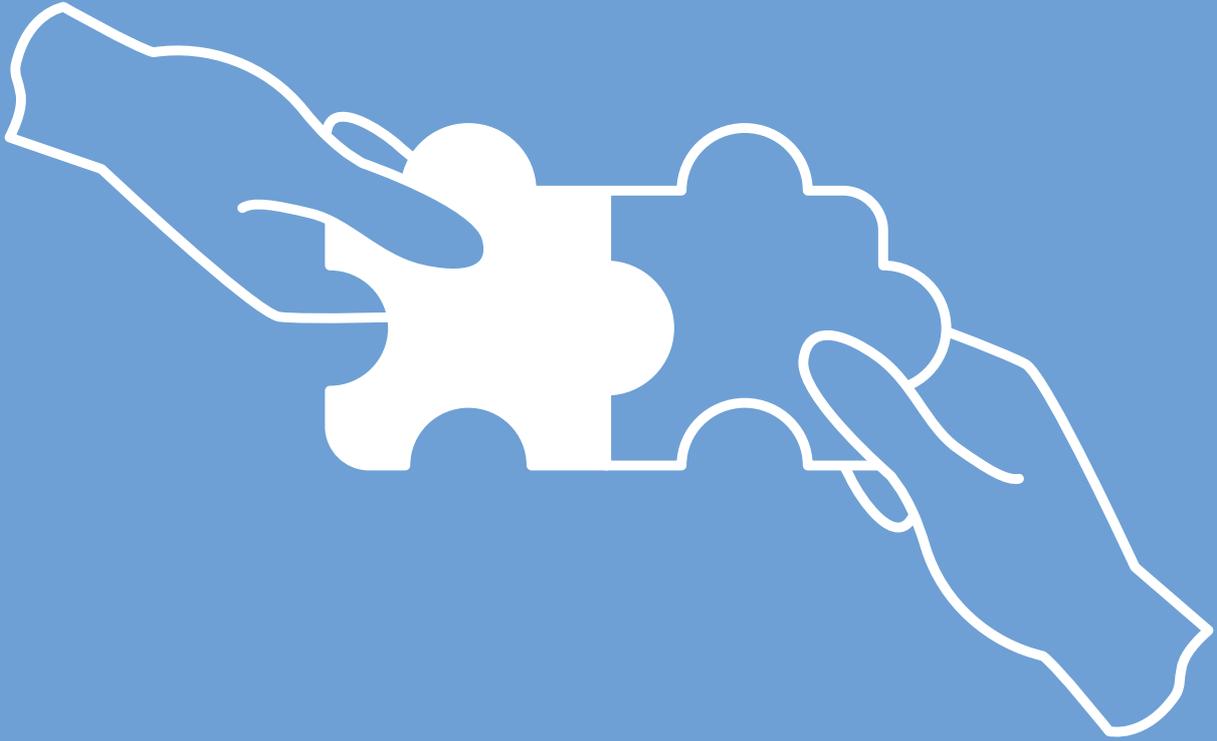
1. **Coordination**
2. **Gestion des cas de choléra**
3. **La réponse au choléra dans la communauté**
4. **Suivi-Evaluation et apprentissage**
5. **Fonctions de soutien (logistique, ressources humaines, communication)**

Chaque module comprend un panel de fiches opérationnelles qui peuvent être soit des fiches stratégiques, soit des fiches techniques (activités et outils). Elles comprennent du matériel pour le processus de prise de décision, des actions clés pour la gestion des cas et la réponse dans la communauté, et des protocoles. Elles résument les informations sur le positionnement, les objectifs, les responsabilités et la collaboration intersectorielle. Les informations concernent les différentes phases d'une épidémie de choléra (avant/pendant/après) et s'inscrivent donc dans la préparation et la réponse au choléra.

LES MODULES DU KIT DE PROCEDURES OPERATIONNELLES CHOLÉRA

Le tableau ci-dessous présente les modules et les mémoires correspondants. Pour chaque mémoire, la catégorie est indiquée (S: Stratégique ; A: Activité ; T: Outil) ainsi que les phases d'une épidémie de choléra.

MODULES ET FICHES D'INFORMATION		Avant	Pendant	Après	pages
COORDINATION					
	1A Quels sont les mécanismes de coordination externe ?	S	■		11
GESTION DES CAS DE CHOLÉRA					
	2A Comment se préparer à la prise en charge médicale des cas de choléra ?	S	■		17
	2B Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra ?	A	■	■	21
	2C Comment gérer des structures de prise en charge du choléra ?	A		■	31
	2D Comment préparer et stocker des solutions chlorées à partir de différents produits ?	A		■	43
	2E Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra ?	A		■	47
	2F Quels sont les besoins en ressources humaines et matérielles des établissements de traitement du choléra ?	T	■	■	55
	2G Quel protocole pour la prise en charge médicale du choléra ?	T			69
	2H Quelles sont les mesures clés pour la prévention et le contrôle des infections ?	T		■	89
LA RÉPONSE AU CHOLÉRA DANS LA COMMUNAUTÉ					
	3A Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?	S	■	■	95
	3B Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?	A	■	■	103
	3C Comment mettre en place des équipes de réponse rapide ?	A	■		111
	3D Comment cartographier les cas lors d'épidémies de choléra ?	A		■	117
	3E Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?	A	■	■	123
	3F Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires ?	A	■	■	127
	3G Quelles sont les standards ACF pour les kits communautaires de lutte contre le choléra ?	T		■	135
ÉVALUATION, M&E, APPRENTISSAGE					
	4A Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de situation ?	T	■	■	141
	4B Quels indicateurs pour mesurer la performance d'une réponse au choléra ?	T		■	149
	4C Comment interpréter les indicateurs des établissements de traitement du choléra ?	T		■	141
	4D Quels standards pour les services EAH dans les établissements de traitement du choléra ?	T		■	157
FONCTIONS CLÉS DE SOUTIEN					
	5A Quel organigramme des ressources humaines pour une réponse choléra ?	T			163
	5B Note d'information sur la logistique et la chaîne d'approvisionnement	T			167



1

COORDINATION

1A Quels sont les mecanismes de coordination externes ? p.11

1A

QUELS SONT LES MECANISMES DE COORDINATION EXTERNES?



POSITIONNEMENT

ACF contribue activement et est reconnu comme un acteur clé dans différentes instances au niveau mondial Groupe de Travail Mondial sur le Contrôle du Choléra (GTFCC), Cluster WASH Global, Cluster Santé Global) et au niveau national (Clusters WASH et Santé).



OBJECTIF

Faire un usage approprié des mécanismes de coordination aux niveaux global, régional, national et sous-national afin de gagner en efficacité et de contribuer à une réponse de qualité aux épidémies



RESPONSABILITÉ

Responsables de Département (RDDs)



COLLABORATION INTERSECTORIELLE

EAU ASSAINISSEMENT HYGIÈNE (EAH) + SANTÉ & NUTRITION + LOGISTIQUE

- Participer aux meetings de coordination sur le choléra sur la mission (par exemple meetings de la Choléra Task force, réunions du groupe de travail sectoriel/cluster et meeting de surveillance hebdomadaire ou bihebdomadaire).
- Établir un point focal sur la mission pour le lien avec les groups de coordination.
- Partager avec la mission les décisions stratégiques provenant des divers meetings de coordination.

QUELS TYPES ET NIVEAUX DE COORDINATION ?

GLOBAL

PLATEFORMES EXISTANTES / MÉCANISMES	RÔLES/OBJECTIFS	RESPONSABILITÉS	POINT FOCAL ACF
<p>GROUPE DE TRAVAIL MONDIAL SUR LE CONTRÔLE DU CHOLÉRA (GTFCC)</p> <p>www.gtfcc.org</p>	<p>» Offrir aux pays la capacité, les outils et l'assistance nécessaires pour élaborer des plans nationaux de lutte contre le choléra (PNC) et les mettre en œuvre efficacement dans le cadre de la feuille de route pour l'éradication du choléra en 2030, grâce à des politiques, un soutien et des conseils techniques, la recherche et la production de preuves, le renforcement des capacités et la mobilisation des ressources (1).</p>	<p>EAH : Monica Ramos, mramos@unicef.org</p> <p>Case Management: Iqbal Hossain, ihossain@iccdrb.org</p> <p>OCV: Kashmira Date, kashmira.date@gmail.com</p> <p>Epidemiology & Surveillance: Francisco Luquero, francisco.luquero@epicentre.msf.org</p> <p>Laboratory & Surveillance: Marie-Laure Quilici marie-laure.quilici@pasteur.fr</p>	<p>Jean Lapegue, Senior WASH advisor jlapegue@actioncontrelafaim.org</p>
<p>CLUSTER GLOBAL EAH (GWC)</p> <p>www.washcluster.net</p>	<p>» Accroître la coordination, la qualité et la capacité de réponse des plateformes nationales de coordination EAH afin d'améliorer la pertinence, la qualité, la couverture et l'efficacité de l'assistance EAH fournie aux personnes touchées par les situations d'urgence, grâce à un Soutien Opérationnel comprenant un Service d'Assistance, le renforcement des capacités, la gestion des connaissances et le plaidoyer</p>	<p>Monica Ramos Coordinatrice du Cluster Global EAH monramos@unicef.org</p>	<p>Jean Lapegue, Senior WASH advisor jlapegue@actioncontrelafaim.org</p>
<p>CLUSTER GLOBAL SANTE (GHC)</p> <p>https://www.who.int/health-cluster/en/</p>	<p>» Soutenir les Clusters/Secteurs Santé dans les pays en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournissant la bonne expertise au bon endroit et au bon moment; • Renforçant les capacités des coordinateurs des groupes de santé et des autres membres du personnel des groupes de santé dans les pays; • Rassemblant et diffusant des informations solides et pertinentes pour guider la réponse des partenaires; • Identifiant et comblant les lacunes dans les connaissances techniques et les orientations disponibles; • Promouvant et défendant l'importance de l'action sanitaire humanitaire sur la scène mondiale. 	<p>Linda Doull, Coordinatrice du Cluster Global Santé doull@who.int</p>	<p>Caroline Antoine cantoine@actioncontrelafaim.org</p>

REGIONAL

PLATEFORMES EXISTANTES / MÉCANISMES	RÔLES/OBJECTIFS	RESPONSABILITÉS	POINT FOCAL ACF
<ul style="list-style-type: none"> • PLATEFORME CHOLÉRA AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE (WCA) • PLATEFORME CHOLÉRA AFRIQUE DE L'EST ET DU SUD (ESA) • PLATEFORME CHOLÉRA MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD (MENA) <p>www.platformecholera.info</p>	<p>» Faciliter et systématiser le partage d'informations entre pays voisins, et mieux comprendre où et pourquoi les épidémies de choléra se produisent. Cela se fait par la mise en œuvre opérationnelle d'une stratégie régionale multisectorielle et fondée sur des preuves, avec des activités clés : identification des hot-spots du choléra, diffusion d'alertes transfrontalières, formation technique de centaines d'acteurs engagés localement dans la lutte contre le choléra, ou soutien à l'élaboration d'orientations nationales sur la prévention et le contrôle du choléra (2).</p>	<p>WCA: contact@choleraplatform.info</p> <p>Joachim Peeters, jpeeters@unicef.org</p> <p>ESA: Pierre Fourcassie, pfourcassie@unicef.org Christopher Brewer, christopher.brewer@ifrc.org</p> <p>MENA: Delphine Sauvageot dsauvageot@unicef.org</p>	<p>WCA: Tom Heath theath@actioncontreac.org</p> <p>ESA: Stephen Barno sbarno@actionagainsthunger.org</p> <p>MENA: Pierre marie Goimard pgoimard@actioncontrelafaim.org</p>

SOUS-RÉGIONAL (TRANSFRONTALIER)

PLATEFORMES EXISTANTES / MÉCANISMES	RÔLES/OBJECTIFS	RESPONSABILITÉS	POINT FOCAL ACF
ENTRE PAYS VOISINS	<p>» Assurer une communication régulière, un partage d'informations en temps utile et un apprentissage croisé pour atténuer le risque et l'impact de la propagation transfrontalière des épidémies de choléra</p>	<p>Habituellement les Officiers de District du Ministère de la Santé (MoH) de chaque pays + Taskforce Nationale Cholera</p>	<p>RDDs EAH et Nutrition Santé de chaque mission de ACF</p>

NATIONAL

PLATEFORMES EXISTANTES / MÉCANISMES	RÔLES/OBJECTIFS	RESPONSABILITÉS	POINT FOCAL ACF
GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL CHOLÉRA, TASKFORCE DE GESTION DE CRISE	<p>» Réunir des partenaires de différents secteurs et organisations pour soutenir le gouvernement dans la lutte contre les épidémies de choléra</p>	<p>Habituellement des membres de l'OMS ou du personnel du Ministère de la Santé</p>	<p>RDDs EAH et Nutrition Santé de chaque mission de ACF</p>
SANTÉ, EAH, ET COORDINATION DES CAMPS ET PÔLES DE GESTION DES CAMPS (CCCM)	<p>» L'approche par pôle/cluster consiste à renforcer la préparation et la capacité technique à l'échelle du système:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir une plate-forme permettant de s'assurer que la prestation de services est guidée par les priorités stratégiques convenues. • Évaluer les besoins et analyser les écarts de réponse (entre les secteurs et au sein du secteur). • Développer des plans, objectifs et indicateurs sectoriels pour appliquer et respecter les normes et lignes directrices existantes et clarifier les besoins de financement, les priorités et les contributions des pôles/secteurs. • Suivre et rendre compte de la mise en œuvre de la stratégie des pôles/clusters et de ses résultats ; recommander des mesures correctives le cas échéant. • Planifier la Préparation aux Urgences et le renforcement des capacités. • Entreprendre des activités de plaidoyer au nom des participants • Assurer la redevabilité auprès de la population touchée. 	<p>Personnel de l'OMS (Santé); de UNICEF (spécialiste EAH) et de IOM (CCCM)</p>	

DISTRICT

PLATEFORMES EXISTANTES / MÉCANISMES	RÔLES/OBJECTIFS	RESPONSABILITÉS	POINT FOCAL ACF
HABITUELLEMENT LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DIRIGE LE MÉCANISME DE COORDINATION	<p>»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordonner l'intervention pour éviter les doublons et combler les lacunes. • Produire des informations épidémiologiques en temps réel et les partager entre les secteurs • Construire une Equipe de Réponse Rapide (ERR) mixte avec le personnel de la Santé et du EAH du gouvernement et des partenaires • Suivre la réponse des partenaires gouvernementaux et autres • Informer le niveau national pour un soutien stratégique et un plaidoyer pour le financement 	<p>Equipe de Gestion de District</p>	<p>RDDs EAH et Nutrition Santé de chaque mission de ACF</p>

QUELS BÉNÉFICES ET VALEURS AJOUTÉES ?

	DE QUOI ACF PEUT-ELLE BÉNÉFICIER ?	À QUOI ACF PEUT-ELLE CONTRIBUER ?
NIVEAU GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation stratégique et technique • Partenariat pour la recherche sur le terrain • Mise à jour sur les dernières preuves scientifiques • Déploiement des Stand-By Partners hébergés par ACF (3 mois maximum) pour soutenir les Pôles/ Clusters sectoriels • Help Desk du Global WASH Cluster (soutien opérationnel en ligne et échange d'informations techniques) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à la production d'évidences et d'innovations
NIVEAU RÉGIONAL / NATIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Informations épidémiologiques clés sur les épidémies de choléra passées et en cours, y compris le risque de propagation transfrontalière • Orientation stratégique et technique • Renforcement des capacités et formations • Partenariat pour la recherche sur le terrain • Mise à jour sur les dernières preuves scientifiques (par webinaire) • Possibilités de mise en réseau et de partenariat • Fenêtres de financement potentielles, y compris pour les postes de co-facilitateur de pôle/cluster 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider et soutenir l'analyse des épidémies passées pour tenter de modéliser et d'anticiper les tendances à venir de l'épidémie actuelle • Proposer un ou deux membres expérimentés d'ACF comme facilitateurs pour une formation conjointe des membres de la plateforme de coordination sur le choléra • Plaider en faveur d'interventions fondées sur l'épidémiologie (3) et géo-ciblées (4) pour garantir des interventions efficaces et pertinentes • Communiquer avec les bureaux pays ACF voisins si il y a des enjeux transfrontaliers à l'épidémie
NIVEAU DISTRICT	<ul style="list-style-type: none"> • Données épidémiologiques en temps réel et produits tels que des cartographies pour guider la réponse aux épidémies et les nouvelles évaluations • Travailler avec les organismes chefs de file et les autorités locales afin d'identifier les zones touchées, les lacunes en matière de ressources, ainsi que les obstacles et les facteurs potentiels de réussite des interventions • Coordonner la réponse d'ACF avec d'autres acteurs pour éviter les doubles emplois • Etablir un lien fort avec le Ministère de la Santé local pour créer de la confiance et pouvoir établir un partenariat 	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme de mise en œuvre : plaider en faveur de la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention axée sur la dynamique de l'épidémie - Avoir une présentation de la stratégie proposée lors des réunions de coordination, inclure des innovations telles que les CATI/groupes de cas (3,4) • Renforcement des capacités : proposer un ou deux membres expérimentés d'ACF comme facilitateurs pour une formation conjointe sur le choléra • Réponse conjointe : proposer au personnel qualifié d'ACF de participer aux évaluations de besoins et à la réponse conjointe aux nouveaux domicile (avec les agences gouvernementales si possible) dans la zone touchée et/ou les zones les plus vulnérables



RESSOURCES ADDITIONNELLES

- ACF Lutter contre le choléra, p.47 "Coordination multisectorielle et transfrontalière"
- UNICEF Cholera Toolkit, p.153, "Community-focused actions for cholera response Coordination"
- GTFCC Cholera roadmap, "Ending Cholera: A Global Roadmap to 2030"

RÉFÉRENCES

- (1) *Ending Cholera: A Global Roadmap to 2030* <http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-ending-cholera-a-global-roadmap-to-2030.pdf>
- (2) *Terms of references of the West and Central Africa Cholera Platform (Feb 2019)* <http://plateformecholera.info/attachments/article/476/ToR%20platform%20cholera%20WCAR%20-%20V5%20Final.pdf>
- (3) 3A ACF Cholera Operational Toolkit, Note technique 'How to implement epi-driven interventions?'
- (4) 3B ACF Cholera Operational Toolkit, Note technique 'How to implement geo-targeted interventions?'



2

GESTION DES CAS DE CHOLÉRA

- 2A** Comment se préparer à la prise en charge médicale des cas de choléra ?..... p.17
- 2B** Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra ?..... p.21
- 2C** Comment gérer des structures de prise en charge du choléra ?... p.31
- 2D** Comment préparer et stocker des solutions chlorées à partir de différents produits ? p.43
- 2E** Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra ?..... p.47
- 2F** Quels sont les besoins en ressources humaines et matérielles des établissements de traitement du choléra ?..... p.55
- 2G** Quel protocole pour la prise en charge médicale du choléra ?.... p.69
- 2H** Quelles sont les mesures clés pour la prévention et le contrôle des infections ? p.89

COMMENT SE PRÉPARER À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES CAS DE CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF ne se positionnera sur le traitement médical que si le bureau pays est en capacité de le faire en terme de ressources et d'expertise et qu'aucun autre acteur n'est en mesure d'y répondre



OBJECTIF

Accompagner les bureau pays ACF dans la préparation et le lancement d'une réponse à une épidémie de choléra qui inclut la prise en charge médicale des cas.



RESPONSABILITÉ

Responsable Département Santé et Nutrition



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

SANTÉ & NUTRITION + EAU ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE (EAH)

- La préparation de la prise de la charge des cas nécessite une expertise dans le domaine de la Santé et de l'EAH

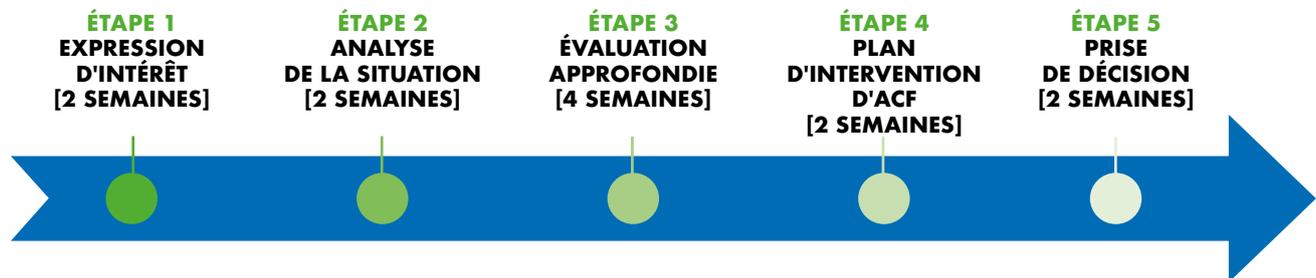
QUEL EST LE PRINCIPE ?

- La prise en charge des cas consiste en la détection précoce, le référencement, la gestion et le traitement des cas suspects et confirmés de choléra dans un établissement ou une zone dédiée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (1).
- La gestion des cas de choléra comprend :
 - **Traitement médical** : triage, thérapie d'hydratation, thérapie complémentaire et sortie
 - **Prévention et contrôle des infections** : hygiène des mains, préparation et manipulation des aliments, blanchisserie, gestion des déchets, nettoyage et désinfection, contrôle des vecteurs, gestion des cadavres
 - **Interventions dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène** : eau potable, solutions de réhydratation orale, solutions chlorées, latrines, douches et espaces de toilettes, évacuation des eaux usées, éducation à la santé et à l'hygiène
- Le bon fonctionnement des établissements de traitement du choléra dépend fortement de la disponibilité de ressources humaines qualifiées et de matériel en quantité suffisante. Toute défaillance peut coûter des vies.
- La décision de débiter des activités de prise en charge médicale nécessite une vision globale des capacités de réponse du bureau pays, depuis la possibilité d'obtenir des fournitures médicales essentielles jusqu'à la disponibilité et le niveau de compétence des ressources humaines et la capacité des autres partenaires médicaux.

QUEL PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION ?

Le processus pour s'engager dans des activités de gestion de cas dans un pays doit être initié par le bureau pays et sera ensuite soutenu par le siège

⚠ **Seuil pour le début des activités de préparation : au moins six mois avant la saison des épidémies¹**



ÉTAPE 1 - EXPRESSION D'INTÉRÊT

- 1 Évaluer l'intérêt des pays pour le soutien d'ACF aux activités de prise en charge médicale des cas de choléra
- 2 Former une équipe pluridisciplinaire de personnel expérimenté en matière d'épidémies au niveau de la mission (au moins dans les domaines Santé, EAH, RH et logistique)
- 3 Reconnaître la prise en charge médicale des cas comme une priorité pour le bureau pays
- 4 Informer le référent technique opérationnel nutrition santé du siège de l'engagement du bureau pays et de la volonté de lancer une intervention de prise en charge médicale de cas quand les besoins sont mieux identifiés
- 5 Former une équipe pluridisciplinaire de personnel expérimenté en matière d'épidémies au niveau du siège (au moins dans les domaines Santé, EAH, RH et logistique)
- 6 Prévoir des réunions régulières pour discuter des progrès réalisés dans le processus de prise de décision pour la gestion des cas

ÉTAPE 2 - ANALYSE DE LA SITUATION (ZONE D'INTERVENTION D'ACF)

- 1 Recueillir les données existantes sur les précédentes épidémies de choléra : fardeau du choléra, durée des épidémies de choléra, zones touchées par le choléra, saisonnalité, facteur de risque, population à haut risque (2)
- 2 Collecter des informations sur le système de surveillance épidémiologique au niveau national et au niveau des districts, notamment en ce qui concerne la détection et la confirmation des foyers épidémiques, le système de notification des données et les seuils d'alerte et de réponse, et identifier les lacunes
- 3 Organiser des réunions avec les autorités (ministère de la santé ou secteurs concernés) et l'organe de coordination (OMS, groupe sectoriel Santé, groupe de travail Santé) pour évaluer les lacunes de la réponse en termes de gestion des cas lors de la précédente épidémie de choléra
- 4 Recueillir des informations sur les réponses prévues par d'autres ONG internationales et évaluer la possibilité d'un consortium (en particulier pour la gestion des cas) (2)
- 5 Identifier, avec les autorités et les organismes chefs de file, plusieurs zones précédemment touchées où une intervention de gestion des cas par ACF pourrait être nécessaire en cas d'épidémie de choléra

¹ - ACF recommande de mener des activités de préparation au choléra dans les pays qui ont enregistré une épidémie au cours des trois dernières années ou dans les zones où il y a actuellement une épidémie dans les pays voisins présentant un risque de transmission transfrontalière

ÉTAPE 3 - ÉVALUATION APPROFONDIE (SUR LE TERRAIN)

- 1 Évaluer le contexte de sécurité et identifier des informateurs clés dans les zones d'intervention préalablement identifiées (y compris les attitudes de la population locale face à la réponse proposée)
- 2 Confirmer la nécessité d'appuyer une réponse de prise en charge médicale des cas et d'identifier les types d'Établissements de Traitement du Choléra (ETC) à mettre en place. Évaluer les sites proposés à l'aide de l'outil d'évaluation des sites dans les zones pré-identifiées (1)
- 3 Identifier ce qui est nécessaire pour mettre en place (bill of material) et pour faire fonctionner (plan des achats par projets PAP) les différents ETC dans les zones pré-identifiées (1,3).
- 4 Consulter les agences chefs de file (OMS, UNICEF) pour le don de kits de lutte contre le choléra, de matériel ou de fournitures (médicales et EAH) et sécuriser la transaction. ACF doit suivre les procédures opérationnelles standardisées pour l'achat de fournitures médicales et vérifier la qualité des médicaments, même dans le cadre d'un don ("No Hunger Forum")
- 5 Évaluer la possibilité d'un achat international et commander les fournitures en considérant les procédures d'achat de fournitures médicales et non médicales. Les référents Santé et Logistique du siège peuvent être consultés à ce stade.
- 6 Identifier le besoin minimum en ressources humaines (1) et évaluer le niveau de compétences et la disponibilité du personnel, au niveau local, pour chaque ETC et chaque contexte proposé. Cette évaluation doit être réalisée tous les six mois. Les référents Santé et Ressources Humaines du siège peuvent être consultés à ce stade pour discuter de tout problème rencontré.
- 7 Consulter le Pool Emergency Response & Rehabilitation Unit (ERRU) pour un soutien de courte durée en termes de coordination de la réponse, de logistique ou de ressources humaines en cas d'épidémie de choléra.
- 8 Pré-identifier les donateurs qui financent l'intervention de gestion des cas lors d'épidémies de choléra dans le pays et engager des discussions. Sinon, discuter avec l'équipe du siège de la possibilité de recevoir des fonds d'urgence d'ACF.
- 9 Remplir l'outil d'aide à la prise de décision concernant la gestion des cas (ci-dessous) et combler les lacunes. L'équipe du siège peut être consultée à ce stade, car elle peut suggérer des solutions de rechange.

ÉTAPE 4 - PLAN D'INTERVENTION

- 1 Proposer différentes zones géographiques pour la gestion des cas de choléra sur la base de l'analyse de la situation.
- 2 Développer des scénarios avec différents types d'ETC et de sites pré-identifiés.
- 3 Élaborer le PAP pour l'intervention de gestion des cas, sur la base de l'évaluation approfondie et des scénarios identifiés.
- 4 Élaborer le plan de recrutement et de formation des ressources humaines pour l'intervention de gestion des cas, sur la base de l'évaluation approfondie et des scénarios identifiés.
- 5 Préciser les options budgétaires pour les différents scénarios en vue d'une réponse dans un délai de deux mois.
- 6 Élaborer et envoyer une note conceptuelle ou une proposition de projet aux bailleurs de fonds intéressés afin d'obtenir un financement en cas d'épidémie de choléra. L'approbation de l'équipe du siège doit être demandée avant de partager la demande de financement avec les donateurs.
- 7 Élaborer le plan d'intervention de la mission, au moins pour l'intervention de gestion des cas.

ÉTAPE 5 - PRISE DE DÉCISION

- 1 Le responsable de Département Santé Nutrition envoie le plan d'intervention de la mission avec l'outil de notation (obligatoire) à l'équipe du siège (réfèrent technique opérationnel et réfèrent santé)
- 2 Consultation en interne au niveau du siège et envoyer des demandes de clarification ou des suggestions le cas échéant
- 3 Prise de décision conjointe pour l'intervention de gestion des cas entre le siège et le bureau pays
- 4 En cas de décision positive, envoyer le plan de réponse aux autorités compétentes pour approbation

QUEL OUTIL POUR LA PRISE DE DÉCISION ?

L'outil de notation ci-dessous est destiné à l'équipe d'intervention pluridisciplinaire afin de voir clairement si elle est prête et capable de mener une intervention de gestion de cas de choléra. Ce n'est que si la note est de 9/9 que la gestion de cas peut être entreprise.

TABEAU 1: OUTIL DE NOTATION POUR LA PRISE DE DÉCISION DANS LE CADRE DE LA GESTION DES CAS DE CHOLÉRA

	BESOIN	NOTE
RESSOURCES HUMAINES	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un coordinateur de réponse expérimenté sera disponible pour diriger la réponse de gestion des cas pendant au moins les deux prochains mois <input type="checkbox"/> Les besoins minimum en matière de ressources humaines pour l'activité de gestion de cas peuvent être atteints (Fiche technique 2C) 	/2
CONFIRMATION DES AUTORITÉS LOCALES	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proposition d'activité de gestion de cas approuvée par les autorités locales (MoH) <input type="checkbox"/> Proposition d'activité de gestion de cas acceptée par les partenaires locaux et la communauté d'accueil <input type="checkbox"/> Pas de duplication des interventions avec d'autres ONGs travaillant dans la zone 	/3
MATÉRIEL ET FOURNITURE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stock tampon de deux mois + 10 % pour une activité de gestion de cas correctement calculée et confirmée (y compris les fournitures médicales et non médicales) 	/1
PLAN D'APPROVISIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adoption d'un plan d'achat par projet (PAP) <input type="checkbox"/> Le département logistique a confirmé sa capacité à soutenir l'activité de gestion des cas dans les délais requis 	/2
FINANCEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Budget estimé et financement assuré pour deux mois au minimum 	/1
TOTAL		/9



ADDITIONNAL RESOURCES

- 2B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra ?'
- 2F ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les ressources nécessaires aux établissements de traitement du choléra ?'
- 4A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de la situation ?'
- Papier de positionnement d'ACF sur les maladies à potentiel épidémique
- UNICEF cholera toolkit, [Chapter 8 'Case management and infection control in health facilities and treatment sites'](#)

RÉFÉRENCES

- (1) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les ressources nécessaires aux établissements de traitement du choléra ?'
- (2) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de la situation ?'
- (3) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les ressources nécessaires aux établissements de traitement du choléra ?'

COMMENT METTRE EN PLACE DES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF ne se positionnera sur le traitement médical que si le bureau pays est en capacité de le faire en terme de ressources et d'expertise et qu'aucun autre acteur n'est en mesure d'y répondre



OBJECTIF

Accompagner les bureaux pays ACF dans la mise en place et/ou l'appui à des établissements de traitement du choléra lors d'épidémies de choléra



RESPONSABILITÉ

Responsable Département Santé et Nutrition



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

SANTÉ & NUTRITION + EAH

- La mise en place ou le soutien à des établissements de traitement du choléra requiert des compétences dans le domaine de la Santé et de l'EAH

QUEL EST LE PRINCIPE ?

La prise en charge des cas de choléra comprend la détection précoce, l'orientation, la prise en charge et le traitement des cas suspects et confirmés dans des installations ou des zones dédiées Centres de Traitement du Choléra (**CTC**), Unités de Traitement du Choléra (**UTC**) et Points de Réhydratation Orale (**PRO**).

Les éléments clés à prendre en compte pour la mise en place d'Etablissements de Traitement du Choléra (ETC) sont les suivantes :

- Le type d'ETC : Centres de Traitement du Choléra (CTC), Unités de Traitement du Choléra (UTC) et Points de Réhydratation Orale (PRO)
- Le respect des normes en matière de surfaces au sol, de services EAH et de pratiques de Prévention et de Contrôle des Infections (PCI)
- L'identification d'un site approprié pour accueillir l'ETC suite à une évaluation approfondie
- La construction d'une nouvelle structure ou l'aménagement de locaux existants

Remarque : des informations concernant le traitement médical des patients et le fonctionnement quotidien d'un ETC peuvent être obtenues dans la fiche technique 2C "Comment faire fonctionner les établissements de traitement du choléra".

QUEL TYPE D'INSTALLATIONS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ?

NIVEAUX DE SOIN

	TYPE D'INSTALLATION	TYPE DE TRAITEMENT	HORAIRES	CAPACITÉ EN LITS	ÉQUIPEMENT
CTC 	Établissement hospitalier - Zone d'isolement autonome dédiée au sein des établissements de santé OU un bâtiment existant de la communauté	Gestion des cas simples de choléra (traitement oral) et des cas graves (traitement IV)	24/7	25-200 lits	Eau, latrines, douches, cuisine, buanderie, zone de déchets de la morgue, stocks et électricité
UTC 	Établissement hospitalier Zone d'isolement dédiée à l'intérieur ou rattachée à un établissement de soins	Gestion des cas simples de choléra (traitement oral) et des cas graves (traitement IV)	24/7	10 - 20 lits	Eau, latrines, douches, morgue, zone de déchets, stocks et électricité
PRO 	Établissement de soins ambulatoires	La gestion des cas simples renvoi des cas graves aux CTC ou aux CTU	Pendant la journée	1 - 5 lits (occasionnel)	Eau et latrines

RECOMMANDATIONS PAR CONTEXTE ÉPIDÉMIQUE

CADRE	CTC 	UTC 	PRO 	OBSERVATIONS
Camp de réfugiés ou de personnes déplacées	Un seul CTC central pour gérer les cas graves		Plusieurs PRO pour les cas simples avec au moins une ambulance pour le référencement	<ul style="list-style-type: none"> Risque élevé de propagation à d'autres zones géographiques (population mobile) Autres facteurs de risque possibles (malnutrition ou épidémies de rougeole)
Urbain	Un ou plusieurs CTC situés aussi près que possible du ou des quartiers concernés	Si les options de site sont limitées, des UTC peuvent être mises en place à la place d'un CTC	Chaque CTC dispose de 5 à 10 PRO de soutien	<ul style="list-style-type: none"> Le quartier touché peut changer rapidement Les embouteillages peuvent avoir un impact sur la durée des trajets Système d'orientation avec fourniture de soins Des travailleurs qualifiés faciles à trouver
Rural	Dans un rayon d'environ 5 à 10 kilomètres, un CTC central ou un UTC peut être mis en place	<ul style="list-style-type: none"> Dans un rayon d'environ 5 à 10 kilomètres, un CTC central ou un UTC peut être mis en place En cas d'épidémie importante, plusieurs UTC (temporaires) sont mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> Au moins un PRO dans chacun des villages touchés En cas d'épidémie importante, une PRO capable de traiter un ou deux cas graves peut être mise en place 	<ul style="list-style-type: none"> Manque d'établissements de traitement existants Communautés difficiles à atteindre Il est plus difficile de trouver du personnel qualifié

QUELS STANDARDS POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ?

Le tableau ci-dessous présente la norme minimale pour les différents types d'ETC en termes de superficie et de services EAH (1,2). Les normes et les options concernant la collecte, le stockage et l'élimination des déchets peuvent être consultées dans la fiche technique 2E « Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra ? ». Les exigences minimales pour la prévention des infections dans les centres de traitement du choléra sont disponibles dans la fiche technique 2H « Quelles sont les mesures clés pour la prévention et le contrôle des infections dans les établissements de traitement du choléra ? ».

CATÉGORIE	PARAMÈTRE	CTC 	UTC 	PRO 
GÉNÉRAL	Type d'établissement	Établissement hospitalier	Établissement hospitalier	Établissement de soins ambulatoires
	Type de traitement	Cas simples et graves	Cas simples et graves	Cas simples uniquement
SUPERFICIE	Capacité en lits	25-200	10-20	1-5 (occasionnel)
	Secteur	<p>Zone contaminée Observation, Triage, Hospitalisation, Morgue, Zones de lavage, Zone de déchets</p> <p>Zone neutre Stock/administration, Zones réservées au personnel, Stockage de l'eau, Cuisine, Préparation des solutions de chlore</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une seule pièce pour l'hospitalisation si c'est culturellement acceptable • Les espaces de lavage et la cuisine peuvent être réduits au minimum 	Une pièce
	Par patient	4m ²	4m ²	2m ²
	Total	30m² par patient	30m² par patient	
SERVICES EAH	Eau chlorée	60L/patient par jour 15L/garde malade/par jour Capacité de stockage de 3 jours Au moins un point d'eau potable par secteur	Norme similaire au CTC	10L/patient par jour Au moins un point d'eau potable
	Latrine	Minimum 2 latrines (h/f) dans chaque zone de patients 1 latrine pour 20 patients Minimum 2 latrines (h/f) en zone neutre	Norme similaire au CTC	Minimum 2 latrines (h/f)
	Fosse à excréta (selles et vomissures)	Au moins une fosse à excréta dans chaque zone de patient	Norme similaire au CTC	Minimum 1 fosse à déchets
	Point de lavage des mains	<p>Au moins un point de lavage des mains :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'entrée et à la sortie du patient • Entre les zones neutres et les zones contaminées • Devant chaque chambre/tente de patient • À côté des blocs de latrines • À la morgue • Dans la zone de traitement des déchets • Un récipient de 120 litres de solution de chlore à 0,05 %, avec un robinet, sur un support 	Norme similaire au CTC	<p>Au moins 1 point de lavage des mains</p> <p>Un récipient de 120 litres de solution de chlore à 0,05 %, avec un robinet, sur un support</p>
	Zones pour la toilette	Minimum 2 unités pour la toilette (h/f) pour 40 patients (unité double) Minimum 2 unités pour la toilette (h/f) en zone neutre	Norme similaire au CTC	Minimum 2 (h/f) unités pour la toilette si des cas graves sont gérés

QUEL SITE ET QUELS LOCAUX ?

ÉLÉMENTS ESSENTIELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AMBULATOIRE (PRO) (1,2)

- L'emplacement doit être choisi par les membres de la communauté et peut être un dispensaire existant (clinique externe), un magasin local, une école, des bâtiments religieux ou un autre espace communautaire.
- Toute zone sans un accès facile à un établissement de santé ou à un centre de traitement du choléra désigné doit avoir au minimum un PRO.
- Les PRO doivent être établis dans des lieux facilement accessibles à tous, à moins d'une heure de marche à pied.

INFRASTRUCTURES EXISTANTES OU NOUVELLES (1)

- Idéalement, un CTC ou une UTC devrait être installé dans un établissement de santé existant ou y être rattaché. Les patients y sont familiers et ils sont généralement implantés dans une localisation centrale. Certaines installations (eau, douches et latrines) peuvent déjà exister
- Si ce n'est pas possible, un bâtiment communautaire existant peut être transformé en CTC ou en UTC. Les écoles doivent être évitées en raison de la perturbation de l'enseignement
- Si un ETC doit être construit, des tentes peuvent être utilisées dans un contexte d'urgence. Une structure semi-permanente doit être privilégiée dans un contexte endémique.

BESOINS EN PERSONNEL

RECRUTEMENT

L'équipe de base de nos ETC doit être rapidement recrutée pour assurer une réponse rapide. Cela implique de recruter une grande variété de membres du personnel (voir le tableau ci-dessous) dans un court laps de temps. Il est fortement conseillé de disposer d'une équipe RH dédiée à cette tâche.

TYPE D'ÉTABLISSEMENT	PERSONNEL NÉCESSAIRE
<p>CTC ou UTC</p> 	<p>Coordinateur/superviseur Infirmier-es Infirmier-es auxiliaires Médecins (peuvent être recrutés à temps partiel ou sur appel) Responsable de la pharmacie Personnel de nettoyage Éducateur en matière de santé Responsable de la logistique, de l'eau et de l'assainissement Assistant eau et assainissement Préparateur d'eau potable et de solutions de chlore Opérateur de la zone de traitement des déchets Garde / Brancardier Personnel de blanchisserie Assistant logistique Gardien de magasin En option : Cuisinier et assistant / Porteur d'eau</p>
<p>PRO (de jour uniquement)</p> 	<p>Infirmier-es ou travailleur de la santé Promoteur de la santé ou agent de santé communautaire Aide à la logistique, à l'eau et à l'assainissement Personnel de nettoyage</p>

Le personnel médical clé, qui est généralement plus difficile à recruter et à former, peut être soit mis à disposition par les projets d'ACF existants, soit recruté par le ministère de la santé, en mettant en œuvre la possibilité de détacher certains membres de son personnel. Si l'on parle de personnel non ACF, Il est toujours nécessaire d'envisager certaines incitations économiques dans le budget, dans le cadre de la grille salariale du ministère de la santé.

Dans la fiche technique 5A "Quel organigramme pour la réponse à l'épidémie de choléra ?" est présenté un résumé des rôles de chaque type de membre du personnel et des suggestions d'organigrammes, qui peuvent être utilisés pour organiser le personnel, en fonction des dimensions de la réponse.

FORMATION

La formation du personnel est une condition préalable aux interventions sur les épidémies de choléra, en particulier si le personnel manque de compétence ou d'expérience en la matière. Le contenu de cette formation doit être adapté aux besoins de chaque contexte, mais dans la plupart des cas, il comprend plusieurs sujets parmi ceux qui figurent dans le tableau ci-dessous. Ces contenus sont généralement proposés sous forme de cours formels, et complétés par des activités régulières de formation sur le terrain, qui sont décrites dans la fiche technique 2C "Comment gérer les établissements de traitement du choléra ?".

TYPE DE CONTENU	PRINCIPAUX CONTENUS
NIVEAU GENERAL	Maladie du choléra, aspects fondamentaux Réponse au choléra et réseau d'établissements de traitement du choléra Biosécurité et prévention et contrôle des infections (PCI) Travailler dans un centre de traitement du choléra
SPÉCIFIQUE POUR LE PERSONNEL DE SANTÉ	Protocoles de gestion des cas (idéalement théorie et pratique)

Pour les PROs dont la complexité des services est moindre (réhydratation orale uniquement), l'approche peut être simplifiée, même si elle utilise des stratégies très similaires.

Pour toutes les activités de formation, il est préférable de préparer de courtes lignes directrices et d'améliorer le contenu lors de réunions régulières pour en faciliter la compréhension.

STOCK ET MATÉRIEL

Le succès de la gestion des ETC dépend fortement de la disponibilité suffisante de matériel médical. Toute pénurie de médicaments peut coûter des vies. La décision de lancer les activités de gestion des cas doit dépendre de la disponibilité des intrants et médicaments essentiels pendant au moins deux à trois mois (il s'agit généralement du délai jusqu'à l'arrivée du premier achat international).

En raison du type d'urgence et de l'orientation actuelle des projets dans la plupart de nos pays d'intervention, les pharmacies n'ont généralement pas l'ensemble des intrants nécessaires à la gestion des cas de choléra. Toutefois, ACF peut disposer de stocks déjà prépositionnés au niveau national / régional ou alors d'autres acteurs comme l'OMS peuvent prépositionner des kits de prise en charge du choléra qui pourront être mis à disposition sous forme de dons. Parmi toutes ces options, la plus pratique est d'utiliser les dons de l'OMS, ce qui minimise les problèmes d'importation et d'évaluation du marché local et permettent ainsi une réponse plus rapide. Ces dons se présentent sous forme de kits, qui sont standardisés et peuvent ne pas inclure les articles spécifiques nécessaires à chaque intervention (par exemple, des tentes, des bâches en plastique, des lits ou des chaises pour le choléra, des vêtements pour le personnel, etc.) Pour éviter les pénuries, jusqu'à l'arrivée du premier achat international, il est nécessaire de faire une bonne estimation des besoins pour nos activités de gestion de cas, idéalement basée sur les kits de l'OMS et le calculateur de kits pour le choléra. Une autre possibilité est d'emprunter auprès d'ONG partenaires ayant un système d'assurance qualité pour l'approvisionnement en médicament adéquat. Par la suite, la demande d'achat international lancée au début du projet devrait permettre de fournir suffisamment de matériel pour six mois d'intervention et, le cas échéant, de rembourser les prêts.

Pour plus d'informations sur le processus de planification adéquate des demandes de fournitures pour les ETC et sur la manière de les ajuster en fonction de la consommation, veuillez consulter la fiche technique 2C "Comment gérer les établissements de traitement du choléra ?".

COORDINATION ET PLANIFICATION INTERNES

Il est recommandé de considérer les établissements de santé comme un réseau, dans lequel le nombre de lit varie en fonction des besoins. Cela signifie que lorsque le nombre de cas est plus élevé, le nombre de lits dans les CTC doit augmenter, et lorsque ce nombre diminue, certains espaces peuvent être fermés. D'autre part, lorsque le nombre de cas augmente dans des zones spécifiques où le temps de transport est long, l'accessibilité au CTC y est limitée, une UTC secondaire avec prestation de soins devrait être mise en place. Par ailleurs, lorsque des zones géographiques étendues sont touchées, il est préférable de mettre en place plusieurs UTC et/ou PRO, plutôt que d'augmenter constamment la capacité d'un seul CTC. En même temps, un système d'orientation pour le transport des cas graves depuis les UTC ou les établissements non choléra vers le CTC le plus proche devrait être mis en place. Comme pour le CTC, le nombre de PRO ou d'UTC potentielles peut être augmenté ou diminué au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie.

Il est important de ne jamais sous-estimer la valeur des PROs pour aider le réseau des centres de traitement du choléra à réduire le nombre d'admissions. Les PROs peuvent réhydrater les patients par voie orale, évitant ainsi que leur état ne se détériore et qu'ils ne doivent être hospitalisés. En outre, un nombre adéquat de PROs est nécessaire pour compléter l'action du CTC, en particulier en milieu urbain. Ensuite, pour atteindre une couverture adéquate de cette zone, au moins une PRO devrait être mise en place dans chacun des quartiers touchés, en utilisant généralement les unités de soins de santé primaires établies.

Enfin, quelques mots sur l'articulation des ETC la stratégie d'intervention autour des cas (CATI), dans laquelle des équipes mobiles sont capables de répondre rapidement à de nouvelles alertes, avec une réponse intégrée eau-assainissement/santé. Il est important que les ETC aient une bonne coordination avec ces équipes, en leur fournissant des informations opportunes sur les nouvelles zones où des cas ont été signalés, et en assurant une orientation adéquate des patients gravement déshydratés. Il est important de souligner la capacité des PROs en milieu urbain, à fournir des informations précises pour identifier "le cœur de l'épidémie", en complétant les informations provenant du CTC. Parce que ces équipes sont enracinées dans la communauté, elles peuvent connaître avec précision l'origine géographique des patients et même les sources de contamination.

OUTIL D'ÉVALUATION DES SITES

Les critères à prendre en compte pour le choix d'un site approprié peuvent être résumés dans l'évaluation 5A ci-dessous et doivent être revus lors de la phase d'évaluation approfondie (3,4)

TABEAU 1 : "CINQ A" LISTE DE CONTRÔLE DE L'ÉVALUATION POUR LES INSTALLATIONS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA (CTC ET UTC). SOURCE : ADAPTÉ DU UNICEF CHOLERA TOOLKIT-2013 AND MSF CHOLERA EPIDEMIC GUIDELINES 2018

CRITÈRES	PRINCIPES	CHECKLIST
1 TAUX D'ATTAQUE	Les installations de gestion des cas de choléra doivent être positionnées en fonction de l'épidémiologie de la maladie, en particulier le taux d'attaque.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La capacité en lits et en ressources humaines correspond au taux d'attaque <input type="checkbox"/> L'installation est proche des communautés touchées par le choléra <input type="checkbox"/> Le site proposé pour l'établissement n'empêche pas d'autres établissements de fournir des soins aux personnes souffrant de diarrhée aiguë sévère/choléra
2 SITE	Une évaluation approfondie du site proposé et de la zone environnante doit être effectuée avant toute intervention.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Installation reliée à un hôpital où cela est possible <input type="checkbox"/> Le site est suffisamment grand pour répondre aux normes minimales de prévention et du contrôle des infections et au m2 par patient. <input type="checkbox"/> Le terrain est plat ou nivelé et des fondations peuvent être créées si nécessaire <input type="checkbox"/> Le site ne doit pas être sujet à des inondations <input type="checkbox"/> Le site doit être situé à moins de 30 mètres d'un point d'eau (source, puits, forage, rivière, lac) <input type="checkbox"/> Il doit y avoir une distance d'au moins 1,5 mètre entre la nappe phréatique et le fond des latrines, de la fosse à déchets et de la fosse à excréta. <input type="checkbox"/> Il existe un moyen d'évacuer les eaux de surface en toute sécurité <input type="checkbox"/> Il y a une source d'énergie continue incluant un backup (CTC ou UTC) <input type="checkbox"/> Il existe un stockage sécurisé pour les équipements, les médicaments ou les consommables <input type="checkbox"/> Le site est situé à au moins 100 mètres des lieux publics (marchés)
3 ACCESSIBILITÉ	L'installation proposée doit être facilement accessible pour population et pouvoir être approvisionnée par la route.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accès par la route à tout moment, 24/24 et 7/7 (ambulances et livraisons) <input type="checkbox"/> Le site est facilement accessible aux patients 24/24 <input type="checkbox"/> Le site est accessible facilement et en toute sécurité par le personnel 24/24 <input type="checkbox"/> Le site n'est pas à proximité d'endroits menaçants ou dangereux <input type="checkbox"/> Le site ne favorise pas une population particulière, sauf si l'épidémiologie le justifie
4 AUTORISATION	L'autorisation appropriée pour démarrer le dispositif de gestion des cas doit être demandée et obtenue avant de commencer toute intervention.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'organisme chef de file a autorisé à ouvrir un centre de gestion des cas <input type="checkbox"/> Les partenaires régionaux et locaux ont été consultés <input type="checkbox"/> Les ONG internationales et locales ont été informées
5 ACCEPTABILITÉ	Les équipes d'ACF doivent porter une attention particulière aux attitudes de la population locale à l'égard du site proposé.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proposition d'installation acceptée et bien accueillie par la population locale <input type="checkbox"/> Les chefs religieux et culturels ont été consultés de manière égale <input type="checkbox"/> Si le site est dans un hôpital, l'équipe de direction de l'hôpital a accepté <input type="checkbox"/> Les équipes de promotion de la santé sont culturellement acceptées et capables d'établir une relation de confiance avec la population locale

Source : Adapté du UNICEF Cholera Toolkit-2013 and MSF Cholera Epidemic Guidelines 2018

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS ?

Les étapes ci-dessous pour mettre en place un CTC ou un UTC sont issues des directives de MSF sur le choléra (2018). Cette étape ne sera réalisée que si le bureau pays ACF s'est positionnée pour la gestion des cas conformément aux procédures opérationnelles standardisées développées dans la note technique 2A "Comment se préparer à la prise en charge médicale des cas de choléra ?".

ÉTAPES PRÉLIMINAIRES

- 1 Effectuer une évaluation pour vérifier que le site pré-identifié pour accueillir l'installation de traitement du choléra est approprié (Quel site et quels locaux).
- 2 Quantifier avec l'équipe logistique ce qui est le matériel nécessaire pour aménager les infrastructures existantes ou nouvelles (*Bill of material*).
- 3 Acheter le matériel nécessaire et engager les ressources humaines, un prestataire de services ou une entreprise de construction (5).

ISOLEMENT ET ORGANISATION

Actions immédiates dans les 24 heures

- 1 Délimiter les bordures extérieures du CTC/UTC. Un filet de sécurité peut être utilisé en première intention. Idéalement, l'entrée et la sortie du CTC doivent être distinctes. Positionner des agents de sécurité.
- 2 Délimiter les secteurs du CTC/UTC, en priorité les zones interdites aux patients (zone neutre, morgue, zones de lavage et zone de stockage des déchets), puis les différentes zones de traitement (triage, observation, hospitalisation) (annexe 1).
- 3 Monter les tentes (le cas échéant). Il n'est pas nécessaire de monter toutes les tentes des patients en même temps. Le nombre de tentes peut augmenter avec l'admission des patients.
- 4 Aménager les espaces réservés aux patients en respectant les normes minimales de prévention et de contrôle des infections : un récipient avec un robinet pour les Solutions de Réhabilitation Orales (SRO) avec un seau en dessous, un récipient de 120 litres de solution chlorée à 0,05 % pour le lavage des mains avec un robinet sur un support avec un seau en dessous, un lit (ou une chaise) et 2 seaux par patient.
- 5 Identifier une zone où monter une tente pour isoler les patients décédés.
- 6 Étiqueter les chambres ou numéroter les tentes.
- 7 Installer des panneaux : indiquant les directions vers le CTC/UTC, l'entrée des patients, l'entrée du personnel et des fournisseurs, l'interdiction d'entrée (personnel uniquement) dans la zone neutre, la morgue et de la zone de déchets, l'entrée des douches hommes/femmes et des latrines, l'interdiction d'entrée dans la zone des fosses à excréta (elles ne doivent pas être utilisées par les patients).
- 8 Étiqueter les récipients : SRO, eau potable, solution de chlore à 0,05 % pour le lavage des mains.
- 9 Tester le déplacement dans le centre en tant que patient et en tant que membre du personnel (annexe 2).
- 10 Mettre en place l'éclairage : installer un générateur et des ampoules, se connecter au réseau principal ou assurer le fonctionnement du système électrique si le centre se trouve dans un bâtiment existant. Des lampes torches doivent être fournies.

Installations complètes

- 11 Installer la morgue à l'écart des autres secteurs, dans la zone contaminée, avec une clôture autour pour en limiter l'accès. Installer un point de lavage des mains et un point d'eau. Construire une dalle pour collecter les eaux usées et les évacuer dans le système d'infiltration.
- 12 Installer les zones de lavage du linge et de la vaisselle à proximité de la réserve d'eau. Installez de préférence des éviers à linge en béton (disponibles localement) ou utilisez des cuvettes/contenants en plastique. Construire une dalle (ou utiliser une bâche plastique) pour recueillir les eaux usées. Veillez à ce que les eaux usées (contenant du savon) passent par un bac à graisse avant d'entrer dans le système d'infiltration.
- 13 Placer la cuisine dans la zone neutre. Mettre en place une installation abritée comprenant : une zone de cuisson avec des cuisinières de type industriel, un évier, un support pour sécher les ustensiles de cuisine, une table de travail avec une surface lavable, un cellier avec un verrou pour la nourriture et le matériel. Installer un point de lavage des mains. Veillez à ce que les eaux usées (contenant du savon) passent par un bac à graisse avant d'entrer dans le système d'infiltration.

MATÉRIEL ET FOURNITURES

Actions immédiates dans les 24 heures

- 1 Livrer les stocks initiaux et organiser un local de stockage qui puisse être fermé pour les fournitures et les équipements médicaux. Poster un gardien pour assurer la sécurité.
- 2 Assurer l'approvisionnement en nourriture (il peut s'agir de rations sèches pendant l'ouverture jusqu'à ce que la cuisine soit pleinement opérationnelle).

Installations complètes

- 3 Classer les articles par catégorie, pour les retrouver plus facilement :
 - > Médicaments par voie orale : antibiotiques, sulfate de zinc, etc.
 - > Médicaments spécifiques, en petites quantités, pour le traitement des complications (par exemple, potassium injectable, furosémide, glucose). Les ampoules de potassium injectable doivent être stockées dans un endroit spécifique, à l'écart de l'eau pour injection ou de tout autre médicament ayant un aspect similaire
 - > Le matériel médical (matériel de perfusion, récipients pointus, etc.)
 - > Boîtes de SRO, LR, kits et modules
- 4 Ranger les médicaments et le matériel médical sur des étagères le plus rapidement possible, et les boîtes de SRO, LR et les kits sur des palettes. Cette organisation facilite l'évaluation visuelle des stocks disponibles et protège le matériel contre la détérioration.

SERVICES EAH

Actions immédiates dans les 24 heures

- 1 Sécuriser l'eau potable pour la boisson, la préparation des SRO et le lavage des mains dans un premier temps.
- 2 S'il existe un système d'approvisionnement en eau, vérifier les niveaux de chlore résiduel libre et la turbidité de l'eau.
- 3 S'il n'y a pas de système d'approvisionnement en eau : organiser le transport par camion, les réservoirs de stockage d'eau et employer du personnel pour transporter l'eau vers les différents sites tout en mettant en place le réseau de distribution d'eau.
- 4 Chlorer l'eau pour respecter la norme relative à l'eau potable (0,5-1 mg/L de Chlore Résiduel Libre (CRL) à une turbidité < 5NTU après 30 min de temps de contact pour un pH < 8, 1 mg/litre après 1 heure de temps de contact si le pH est > 8).
- 5 Installer des points de lavage des mains devant chaque salle ou tente : chaque zone de patient, à la morgue, dans la zone neutre pour le personnel, à l'entrée et à la sortie du CTC.
- 6 Creuser au moins une fosse à excréta, 2 latrines (hommes/femmes) pour les patients mobiles et 2 latrines (hommes/femmes) pour le personnel de la zone neutre.
- 7 En attendant de mettre en place une zone de traitement des déchets adéquate, délimitez un site protégé pour le stockage des déchets. Pour les objets tranchants, utilisez un fût qui sera ensuite rempli de ciment.

Installations complètes

- 8 Construire des plateformes pour les réservoirs souple d'eau (au moins 1,5 m de haut). Installez au moins 2 réservoirs souple d'eau pour faciliter la chloration par lots et raccordez-les aux points d'eau.
- 9 Achever la construction de la fosse à excréta et la construction des latrines et des zones de lavage conformément aux normes.
- 10 Pour l'évacuation des eaux usées, construire soit des fosses d'infiltration, soit des tranchées d'infiltration. L'eau contenant du savon doit d'abord passer par un bac à graisse. Le raccordement à un système de drainage existant doit être envisagé au cas par cas et l'autorisation des autorités locales doit être demandée.
- 11 Installer un abri couvert et bien ventilé, ou éventuellement une tente, dans la zone neutre, avec des supports solides pour les conteneurs de 120 litres utilisés pour la préparation des solutions de chlore. Installer dans des conditions sèches, des palettes pour le stockage du chlore destiné à la préparation quotidienne des solutions.
- 12 Organiser la zone de traitement des déchets conformément aux normes (6).



ADDITIONNAL RESOURCES

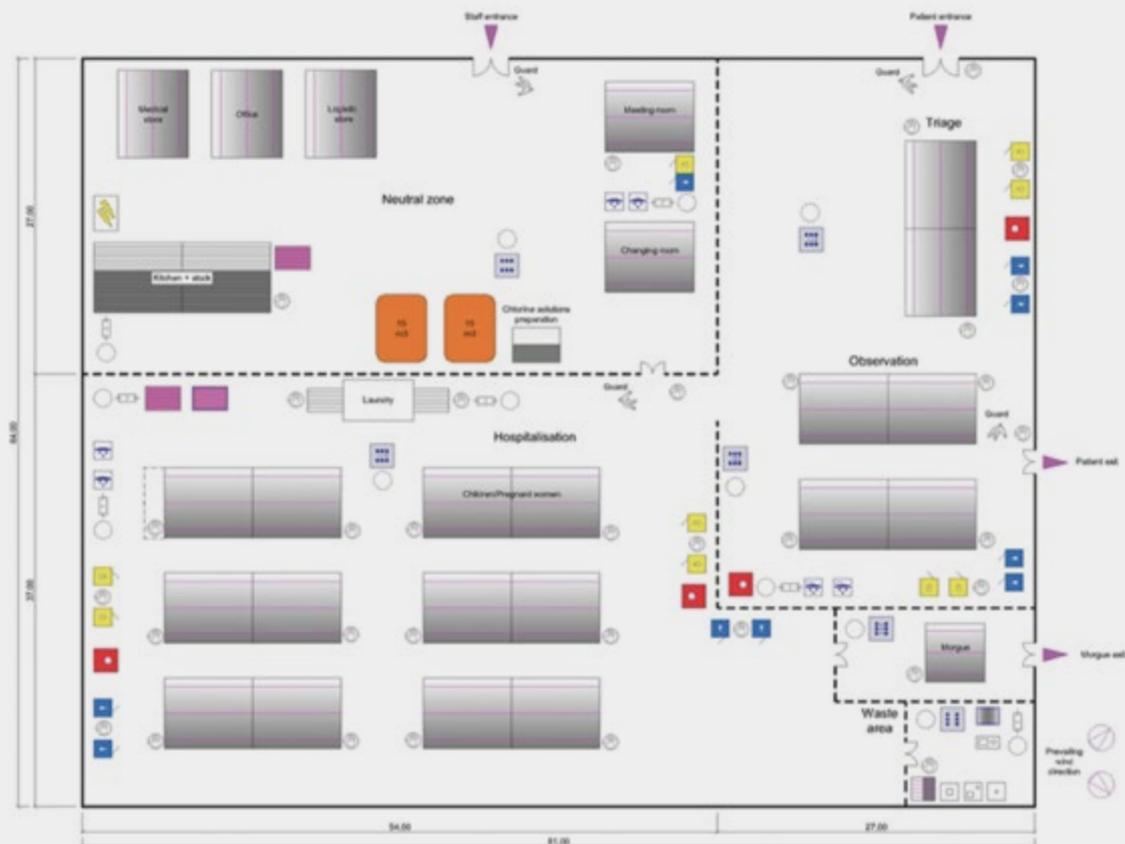
- 2A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment se préparer à la prise en charge médicale des cas de choléra ?'
- 2F ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les ressources nécessaires aux établissements de traitement du choléra ?'
- 2H ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les mesures clés pour la prévention et le contrôle des infections dans les établissements de traitement du choléra ?'
- 2E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra ?'
- UNICEF cholera toolkit, [Chapter 8 'Case management and infection control in health facilities and treatment sites'](#)
- MSF management of a cholera epidemic, [Chapter 6 'Setting up cholera treatment facilities'](#)

RÉFÉRENCES

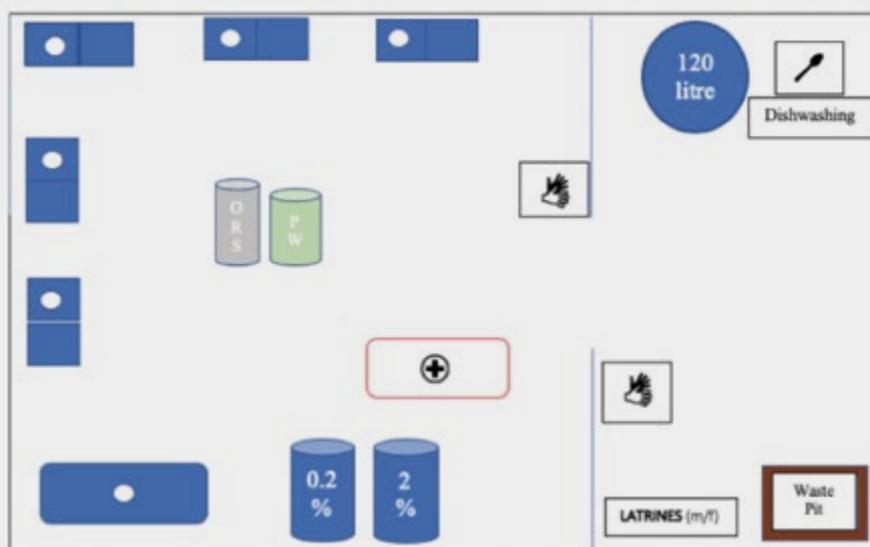
- (1) MSF (2018), 'Management of a cholera epidemic', MSF management of a cholera epidemic, chapter 6 'Setting up cholera treatment facilities'
- (2) UNICEF (2013), 'Cholera Toolkit', Chapter 8 'Case management and infection control in health facilities and treatment sites'
- (3) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment se préparer à la prise en charge médicale des cas de choléra ?'
- (4) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de la situation ?'
- (5) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les ressources nécessaires aux établissements de traitement du choléra ?'
- (6) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra ?'

ANNEXE 1 / PLAN D'ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

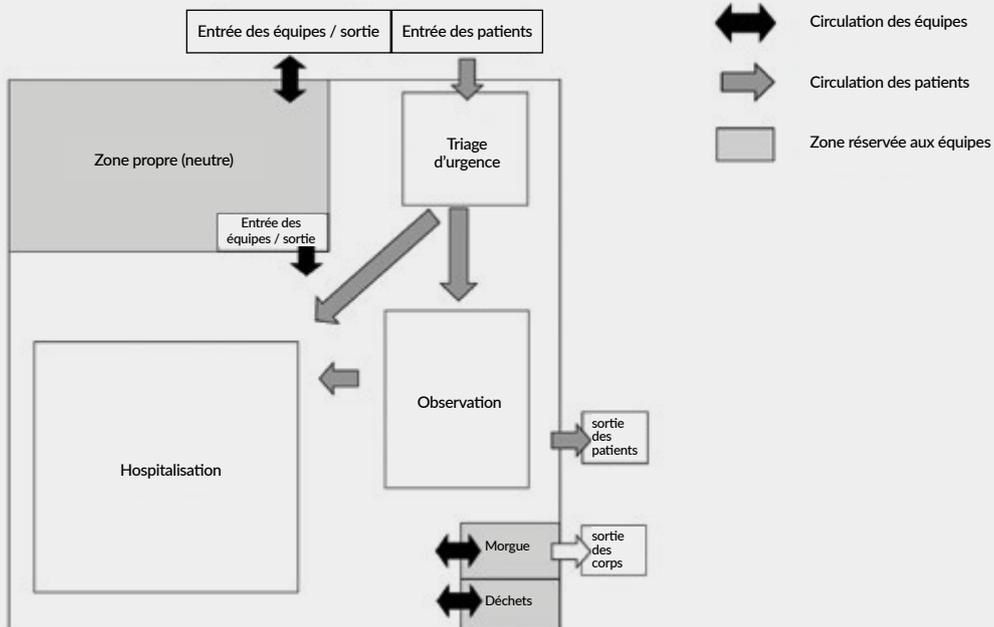
PLAN D'UN CENTRE DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA (1)



PLAN D'UN POINT DE RÉHYDRATATION ORALE (2)



ANNEXE 2 / CIRCULATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA



COMMENT GÉRER DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DU CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF ne se positionnera sur le traitement médical que si le bureau pays est en capacité de le faire en terme de ressources et d'expertise et qu'aucun autre acteur n'est en mesure d'y répondre.



OBJECTIF

Accompagner les bureaux pays d'ACF sur le terrain dans la gestion des centres de traitement du choléra lors des épidémies de choléra.



RESPONSABILITÉ

Chef du département Santé et Nutrition
Coordinateur sanitaire d'urgence pour la lutte contre le choléra



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

La gestion des installations de traitement du choléra requiert des compétences à la fois dans le secteur de la santé et de la nutrition et dans le secteur EAH.

Cette fiche est un résumé des points clés à considérer, nous vous recommandons de consulter les chapitres 6 et 7 du guide de Médecins Sans Frontières (MSF). Guide de *gestion d'une épidémie de choléra* qui détaille les informations à prendre en compte lors de la gestion d'un ETC **Chapitre 6 : Mise en place des structures de traitement du choléra** **Chap 7 : Organisation des installations de traitement du choléra**

QUEL EST LE PRINCIPE ?

Lorsque les centres de traitement du choléra (CTC) sont mises en œuvre correctement, ils constituent souvent la mesure d'intervention la plus efficace pour prévenir les pertes de vie immédiates. Cependant, ce type d'installations est une des interventions la plus complexe en termes d'investissement technique et de soutien. Comme tout autre service de santé hospitalier, les CTC nécessitent l'administration 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 de services spécialisés, notamment le diagnostic, la thérapie de réhydratation, la surveillance étroite des patients à haut risque et des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections (PCI).

En outre, comme il est courant dans les services de santé d'urgence, ces installations doivent être en capacité d'offrir ces services dans un court délai après l'approbation de leur mise en œuvre (idéalement dans les 3-4 jours suivant la décision de mise en œuvre). Par conséquent, même après la mise en place de base des installations de traitement du choléra (voir la fiche 2B "Comment mettre en place les installations de traitement du choléra ?"), un effort important de gestion régulière simultanée et d'amélioration progressive de la qualité du service devrait rester nécessaire.

Comme expliqué dans les fiches susmentionnées, il existe trois types de structures : Les centres de traitement du choléra (CTC), les unités de traitement du choléra (UTC) et les postes de réhydratation orale (PRO).

Les activités pour les gérer peut être résumé en deux étapes principales :

- Préparation du lancement
- Lancement des services de santé

Les deux étapes comportent différentes tâches (voir le tableau 1 en annexe) qui sont nécessaires pour gérer les structures de prise en charge de manière adéquate. Elles visent à accomplir le double objectif de gérer les processus et d'améliorer le système simultanément, puisqu'elles peuvent commencer dans des structures assez basiques pour l'urgence, comme décrit précédemment, puis compléter ultérieurement leurs zones de fonctionnement. En ce sens, la meilleure façon de progresser dans la mise en œuvre adéquate de tous les points présentés dans cette procédure est d'utiliser une liste de contrôle d'auto-évaluation pour améliorer progressivement la qualité du service, telle que la liste incluse dans l'outil 2 de l'annexe.

QUELLES TÂCHES SONT INCLUSES DANS LA PRÉPARATION DU LANCEMENT ?

BESOINS EN PERSONNEL

- **Vérifier le niveau de compétence du personnel et mettre en place une formation sur site appropriée en fonction de ces résultats.**

Les centres de prise en charge sont mis en œuvre dans le cadre d'une intervention d'urgence, et il est donc fréquent, surtout au début de la réponse à une épidémie, que leur gestion soit prise en charge comme une tâche supplémentaire par l'équipe de coordination habituelle (par exemple, le coordinateur de terrain, le responsable de département santé-nutrition ou d'autres responsables de programme).

En outre, le personnel ayant été recruté dans un court laps de temps, il peut avoir un niveau hétérogène de compétences ou d'expériences de travail dans les établissements de santé spécialisés dans le choléra. Par conséquent, dans de nombreuses circonstances, les réponses aux épidémies doivent investir dans le renforcement des compétences des membres de l'équipe de terrain, en particulier lorsqu'il s'agit de faire face à une urgence choléra dans une zone sans antécédents d'épidémies récentes. Ce travail peut se faire par le biais de formations personnalisées, qui viendra compléter le briefing généralement court des membres du personnel après leur recrutement.

Dans les deux cas, la modalité de formation doit être complétée par les directives et autres documents d'orientation technique disponibles. Idéalement, ce processus devrait être guidé par une évaluation personnalisée des compétences, permettant un renforcement technique sur place pour les membres de l'équipe qui en ont besoin.

Le personnel des PRO est généralement composé d'employés qui travaillent dans les unités de soins de santé primaires (SSP) où sont installés des unités de prise en charge du choléra.

L'affectation (ou, plus rarement, le recrutement) de ce personnel est, dans la plupart des cas, à la charge des autorités sanitaires locales. Comme leurs activités ne comprennent que la réhydratation orale et l'orientation, une formation basique peut suffire : après un bref briefing et une initiation pratique à la thérapie par SRO, ces membres de l'équipe peuvent commencer leur travail.

- **Pour les CTC et les UTC : Préparer les équipes pour le personnel couvrant les différentes zones des structures de santé**

Les CTC et les UTC sont des unités d'hospitalisation fournissant des services de soins continus 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ce qui signifie qu'ils ont besoin d'un personnel suffisant pour assurer deux ou trois rotation de travail couvrant toute la journée. Ces équipes doivent être organisées en tenant compte des jours de repos du personnel, de manière à ce qu'il y ait toujours suffisamment de personnel pour s'occuper des patients, jour et nuit.

Logiquement, le nombre de membres du personnel recrutés devrait varier en fonction du nombre de lits de l'établissement, mais devrait toujours tenir compte de la répartition des équipes, y compris des membres du personnel " en repos ". "

STOCK ET FOURNITURES

- **Vérifier qu'à tout moment, les stocks de produits critiques (médicaments et matériel médical) sont suffisants pour couvrir les besoins pendant au moins deux mois. Pour éviter les pénuries, mettez en place un système de gestion des stocks, une analyse de la consommation et des demandes périodiques.**

Le succès de la gestion des CTC ou UTC dépend fortement de la disponibilité suffisante des médicaments et autres fournitures médicales. Toute pénurie de médicaments est aussi critique qu'une absence de personnel ou un manque d'électricité, et elle peut coûter des vies. Après le début des activités de gestion des cas, les responsables doivent s'assurer que suffisamment de fournitures sont disponibles pour les faire fonctionner pendant au moins deux ou trois mois. Ceci est particulièrement important au cours des premières semaines d'activités, jusqu'à l'arrivée des fournitures provenant du premier achat international. Certaines pratiques peuvent être utiles pour atteindre cet objectif et éviter toute pénurie de médicaments pendant les interventions de gestion de cas :

Demandez un lot initial suffisant d'articles critiques : Étant donné que nos projets pharmaceutiques ne travaillent généralement pas sur des crises épidémiques, il est courant qu'au début de l'intervention, ils ne disposent pas d'un nombre suffisant de fournitures nécessaires à une réponse de gestion des cas de choléra. Pour cette raison, le premier lot de médicaments et autres articles médicaux pour lancer une réponse au choléra provient de prêts ou de dons d'agences ou d'autres partenaires (kit cholera OMS). Une autre source est un lot prépositionné d'ACF d'articles critiques (stock décentralisé), qui peut être mobilisé pour répondre à ces besoins. Cependant, il est important d'utiliser les calculateurs présentés dans la fiche 2B "Comment mettre en place des centres de traitement du choléra ?", afin de demander une quantité adéquate de fournitures. De cette façon, les problèmes de stock seront évités dans les semaines suivantes.

Suivi étroit de la consommation de médicaments et lancement de demandes sur la base de ces informations (voir ci-dessous) : Cette activité doit être mise en œuvre sous la forme d'une analyse de la consommation et/ou d'inventaires physiques réguliers (idéalement hebdomadaires ou bihebdomadaires), qui sont principalement axés sur une liste d'articles critiques. Ces articles critiques devraient mettre l'accent sur les médicaments et le matériel médical qui sont régulièrement nécessaires pour fournir des soins médicaux dans ces établissements.

Si nécessaire et possible, lancer un achat local : Si les prévisions de l'analyse de la consommation indiquent que le stock n'est pas suffisant pour couvrir les besoins des deux prochains mois, et si l'achat international n'arrive pas suffisamment tôt, il est envisageable de lancer un achat local, en suivant les procédures qui sont détaillées dans les procédures opérationnelles standard d'ACF pour la gestion des produits médicaux, l'approvisionnement et la gestion des pharmacies précédant l'arrivée de l'achat international.

- **Vérifier que les articles sont bien stockés et que les services de lutte contre le choléra sont fournis de manière adéquate et opportune par la pharmacie.**

Il est important de noter que les fournitures destinées à la prise en charge des cas sont conservées non seulement dans les entrepôts ou les pharmacies de base sur le terrain, mais aussi dans les stocks décentralisés des CTC ou dans les hôpitaux connexes. Il est essentiel de s'assurer que ces magasins décentralisés respectent les normes minimales en matière de conservation ou de stockage des médicaments et du matériel médical.

Il convient de noter que dans d'autres projets, certains cas graves n'ont pu être soignés à temps parce que des articles critiques étaient stockés dans un entrepôt fermé à clé et n'étaient pas accessibles pour être utilisés par les CTC. Il est donc crucial de s'assurer que les livraisons de médicaments et de matériel médical - en particulier les articles critiques - sont toujours coordonnées à l'avance.

En ce qui concerne les SRO, la gestion de leur approvisionnement est plus simple, mais il est toujours important d'assurer un bon approvisionnement en SRO. Ceci peut être obtenu par des demandes et des livraisons appropriées de ces fournitures afin d'éviter les pénuries de SRO ou de tout autre produit médical.

AMÉNAGEMENTS PHYSIQUES

- **S'assurer que les mesures prévention et contrôle de l'infection (PCI) sont en place.**

Les mesures PCI à l'intérieur des établissements de santé sont cruciales pour réduire la propagation du *Vibrio cholerae* au sein de la structure mais aussi vers les environnements extérieurs. Il est donc crucial que les mesures PCI soient bien appliquées en commençant par une planification et une mise en œuvre adéquates de ces installations. Ce sujet est largement détaillé dans la fiche "2H PCI dans les installations de traitement du choléra".

- **S'assurer que la circulation des patients et du personnel est basée sur le plan adopté lors de l'installation.**

Dans la fiche 2B - Comment mettre en place les centres de traitement du choléra ?", la disposition des centres de prise en charge choléra est délimitée, en assurant la séparation de trois zones dans ces installations : Zone propre, Zone contaminée et Zone neutre, et en définissant bien la circulation des patients et du personnel entre ces zones. Cette organisation des espaces doit être renforcée par des barrières physiques, telles que des clôtures et des portes fermées et/ou des gardes, afin d'éviter l'entrée de personnes non autorisées dans les zones restreintes.

En outre, la circulation entre ces zones doit être clairement expliquée au personnel, signalée et mise en œuvre avant l'ouverture de l'établissement. Cela est d'autant plus important lorsque la structure choléra partage son site avec un hôpital ou un autre bâtiment existant, car des patients ou des visiteurs confus pourraient entrer dans la zone par erreur.

Dans les CTC de plus grande taille, il peut être possible de diviser la zone de traitement en plans de traitement, comme indiqué dans les procédures opératoires normalisées relatives aux protocoles cliniques (par exemple, le plan B, le plan C, la zone de récupération, etc.) Dans cette situation, il est également important de s'assurer que les patients d'une zone ne passent pas par d'autres zones. Cela peut se faire, par exemple, en concevant des itinéraires isolés pour se rendre aux latrines/toilettes sans traverser d'autres zones, ou en aidant les patients récemment admis à trouver rapidement et facilement leur zone de traitement sans entrer dans d'autres zones de service du choléra.

QUELLES TÂCHES SONT INCLUSES DANS LE DÉMARRAGE DES ACTIVITÉS EN SANTÉ ?

STOCK ET FOURNITURES

- **Assurer un système continu et adéquat d'analyse de la consommation et de gestion des stocks, et demander des médicaments et du matériel médical sur la base de ces informations, afin d'éviter les pénuries.**

L'approvisionnement en médicaments est l'un des points les plus critiques à prendre en compte pour assurer le succès des services médicaux d'urgence lors des épidémies. Les besoins en médicaments pouvant évoluer rapidement d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre en fonction de l'état critique et du nombre de patients, les structures de prise en charge doivent surveiller de près les stocks et s'approvisionner régulièrement en médicaments pour éviter les périodes de rupture. Lorsque ces principes sont correctement appliqués, les conséquences fatales des pénuries de médicaments essentiels peuvent être évitées.

L'un des meilleurs outils pour réaliser cette tâche est le suivi étroit de la consommation de médicaments (suivi quotidien ou hebdomadaire de la quantité d'unités dépensées pour chaque article), qui nous permet d'avoir une prévision précise des besoins dans les jours suivants et de proposer certains ajustements des demandes sur la base de ces informations. En ce sens, le suivi des informations de consommation permet de savoir quel médicament ou matériel médical sera à un niveau critique dans les jours ou semaines à venir (assurer un stock de 2 mois pour les articles critiques). Cette information, particulièrement utile lorsque les délais de livraison sont plus importants (par exemple lors d'achats internationaux), permettra de commander en urgence un article à l'avance pour éviter les pénuries. À cette fin, il est important de suivre les procédures opérationnelles standard de la pharmacie mentionnées ci-dessus, afin d'assurer un approvisionnement adéquat et opportun en médicaments et en matériel médical.

AUTRES EXIGENCES

- **Mettre en place des services pour les cas spécifiques (protocoles pour les femmes enceintes, coin nutrition, etc.) dans les CTC.**
La gestion des cas de choléra peut être confrontée à des défis particuliers lorsqu'il s'agit de groupes spécifiques de patients, tels que les femmes enceintes et allaitantes (FEA) et les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS). Les femmes enceintes et les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère nécessitent une surveillance étroite et, parfois, une plus grande intimité pour répondre à leurs besoins physiologiques. De nombreux protocoles recommandent de disposer d'un espace séparé pour s'occuper des femmes enceintes dans les CTC, car certaines d'entre elles peuvent commencer le travail ou avoir d'autres complications pendant leur séjour. Nous recommandons qu'un espace similaire soit utilisé pour les femmes allaitantes, afin qu'elles puissent allaiter leurs enfants sans contraintes extérieures.
De plus, selon notre expérience, nous proposons la création d'un "coin nutrition" lorsqu'il y a un nombre important d'enfants MAS.

Le "coin nutrition" est un espace permettant d'évaluer de près les enfants présentant une comorbidité choléra et MAS dans lequel toutes les fournitures pour la préparation du lait et le traitement de réhydratation sont disponibles. Par conséquent, dans cet espace, il est possible d'assurer à la fois une réhydratation adéquate et une thérapie nutritionnelle grâce à une surveillance étroite des enfants atteints de MAS. Ils sont réhydratés à un rythme lent, généralement à l'aide d'une sonde nasogastrique, et reçoivent simultanément du lait thérapeutique pour prévenir l'hypoglycémie. Toutes les fournitures nécessaires à ces tâches doivent être disponibles.

La mise en œuvre de ces services dans des CTC disposant d'un nombre limité de lits et/ou d'un espace restreint représente un défi. Cependant, la gestion de ce type de cas (de cette manière) est fortement recommandée comme moyen d'accroître notre efficacité.

- **Mettre en place des activités cohérentes d'éducation sanitaire**
Un CTC n'est pas seulement un endroit pour réhydrater les patients et traiter leurs complications, mais aussi un élément clé d'une stratégie de prévention intégrée visant à éviter la propagation de l'épidémie - en utilisant les principes fondamentaux de la promotion à la santé. En ce sens, ces structures doivent transmettre des messages relatifs à la santé et à l'hygiène aux patients et à leurs familles, afin de s'assurer qu'ils disposent des connaissances nécessaires pour éviter toute nouvelle transmission de la maladie lorsqu'ils rentreront chez eux. Dans la mesure du possible, un membre du personnel doit être affecté au développement de cette activité (éducateurs de santé, assistants de soins de santé, etc.), qui transmettra des instructions claires aux patients et à leurs familles. Ces activités promotionnelles peuvent être adressées à des groupes de patients lors de séances générales ou lors d'entretiens individuels avec chaque cas et sa famille, notamment avant la sortie du patient.
Les messages doivent être adaptés aux pratiques culturelles de la population en consultant les communautés concernées. Les sujets pertinents à inclure dans ces activités éducatives pourraient être les suivants :
 - Transmission et sources communes d'infection par le choléra
 - Prévention du choléra par le lavage des mains et le soin des aliments et de l'eau
 - Comment reconnaître si une personne est atteinte du choléra.
 - Symptômes d'une déshydratation sévère
 - Soins aux malades et centres de référence
 - Vaccination (si la campagne OCV est en cours)
 - Pratiques de défécation et élimination sûre des défécations
 - Dissiper les mythes et les pratiques dangereuses
 - Sujets abordant la stigmatisation
 - L'alimentation des nourrissons et la nécessité de poursuivre l'allaitement maternel comme moyen de protéger les enfants.
- **Produire des informations épidémiologiques, partager les données et faire des rapports aux agences principales.**
Chaque structure de prise en charge, et en particulier les CTC et les UTC, qui concentrent généralement tous ou presque tous les cas graves dans une zone géographique, peut générer des statistiques utiles pour évaluer l'évolution de l'épidémie. Par conséquent, l'une des tâches les plus importantes de ces établissements est la production régulière de statistiques fiables concernant les patients traités, y compris les listes journalières, les rapports hebdomadaires, etc.
Habituellement, les données concernant ces cas sont partagées avec les partenaires en charge de la réponse (ministère de la santé, OMS, etc.) afin de suivre l'évolution de l'épidémie de choléra, ce qui est particulièrement précieux lorsqu'aucune autre source d'information n'est disponible. Ensuite, les informations enregistrées dans leurs formats respectifs (par exemple, listes de lignes ou rapports), et généralement anonymisées, seront partagées avec le système central de surveillance national ou régional et d'autres partenaires impliqués.

Pour éviter les erreurs, il est important de vérifier soigneusement les informations des patients qui reviennent plusieurs fois dans les centres de traitement, afin d'éviter le double comptage d'un même cas.

Pour produire ces informations, certaines dispositions concernant les ressources matérielles et humaines sont nécessaires :

- Disposer d'une équipe minimale composée d'au moins une personne en charge des données et, si possible, d'un analyste de données. Le coordinateur de l'intervention (ou le responsable du programme de santé) peut couvrir ce dernier poste s'il a suffisamment d'expérience.
- Disposer de suffisamment de ressources informatiques (ordinateurs, imprimantes, etc.) pour faciliter le travail.
- Impression de formulaires adéquats en version papier à l'usage du personnel chargé du suivi des indicateurs clés, et formation du personnel pour qu'il remplisse manuellement ces formulaires de manière adéquate.
- Former le personnel chargé de la saisie des données afin qu'il puisse manipuler et saisir ces formulaires de manière adéquate, les organiser dans des bases de données, produire des tableaux et des rapports et, si possible, analyser ces informations.

Les structures de prise en charge doivent collecter des données pour produire à chaque semaine épidémiologique, les rapports suivants :

- Liste journalière des patients du CTC : Base de données contenant les données des admissions de la veille.
- Tableaux du rapport hebdomadaire CTC : Groupe de tableaux concernant les indicateurs clés pour les patients CTC.
- Liste hebdomadaire des PRO : Base de données avec les données de base des admissions de la semaine précédente.

Un modèle de liste des patients (outil 2) et un tableau avec les principaux indicateurs (tableau 2) qui sont habituellement produits par les CTCs et CTUs se trouvent en annexe.

• Fournir de la nourriture aux patients

La nourriture faite maison peut être une source de transmission du choléra et doit donc être évitée autant que possible dans les structures de prise en charge.

Par conséquent, les CTC et UTC doivent fournir trois repas par jour au patient et à son accompagnant (ce chiffre doit être calculé avant le repas pour éviter le gaspillage). Idéalement, la nourriture devrait être préparée sur place pour des raisons d'hygiène, mais certaines unités n'ont pas l'espace nécessaire pour une cuisine, et la fourniture de nourriture par un fournisseur externe peut être une autre solution valable. Dans ce cas, il est nécessaire de procéder à une évaluation approfondie des pratiques du fournisseur externe en matière d'hygiène et d'approvisionnement en ingrédients.

Si aucune des options citées précédemment n'est disponible, il est toujours possible de fournir des repas qui ne nécessitent pas de préparation, par exemple des aliments secs comme des biscuits ou des rations sèches et des fruits comme mesure temporaire. Pour les patients au sein des PROs, des rations sèches et des collations doivent être fournies pour les patients qui restent plus de 4 heures pour leur réhydratation.

Veillez à ce que la nourriture soit culturellement appropriée et nutritivement équilibrée. La capacité des patients à se nourrir doit être évaluée et surveillée. Si les patients ont besoin d'aide pour manger, ils doivent être assistés si nécessaire par du personnel auxiliaire ou des infirmières.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- **Médecins Sans Frontières (MSF).** *Gestion d'une épidémie de choléra.* Guide pratique pour les médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, auxiliaires médicaux, spécialistes de l'eau et de l'assainissement et logisticiens. Médecins sans frontières - Guide clinique. Genève, 2018. [Chapitre 6 : Mise en place de structures de traitement du choléra.](#)
- **Chap 7:** Organisation des installations de traitement du choléra
- **GTFCC.** *Réponse aux épidémies de choléra.* Manuel de terrain. Genève, 2019. [Section 6 : Installations de traitement du choléra.](#)
- **UNICEF.** *Boîte à outils pour le choléra.* New York, 2013. [Chapitre 8 : Gestion des cas et contrôle des infections dans les établissements de santé et les sites de traitement.](#)

TABLEAU 1. GESTION DES INSTALLATIONS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA, LISTE DE CONTRÔLE DES PRINCIPALES ACTIVITÉS

Préparation du lancement :

- Fournir une formation sur site appropriée pour le personnel.
- Préparer les rotations de travail pour le personnel, en couvrant différentes zones du site.
- Vérifier que les stocks d'articles critiques sont suffisants pour au moins deux mois.
- Assurer un stockage adéquat dans les pharmacies.
- Vérifier que les articles passent de façon correcte du stock principal aux pharmacies périphériques.
- Prévoir les items suivants couvertures, nourriture, récipients d'eau.
- S'assurer que les mesures PCI sont en place.
- Assurer que la circulation des patients et du personnel est basée sur un plan adapté au contexte local.

Lancement des activités :

- Assurer des activités de routine concernant le renforcement des capacités pour le personnel local.
- Assurer une analyse précise de la consommation et un système adéquat de gestion des stocks (médicaments et matériel), afin d'éviter les pénuries.
- Mettre en place des services pour les cas spéciaux (protocoles pour les femmes enceintes, coin nutrition, etc.) dans les CTC.
- Mettre en place des activités cohérentes d'éducation sanitaire.
- Assurer une production régulière de statistiques sur les patients pris en charge dans les établissements de santé pour le choléra (listes quotidiennes, rapports hebdomadaires, etc.) et les partager avec les partenaires impliqués (OMS, Ministère de la Santé, etc.).
- Fournir de la nourriture aux patients.

Amélioration des activités :

- Utiliser des listes de contrôle d'auto-évaluation pour améliorer progressivement la qualité du service.

TABLEAU 2. PRINCIPAUX INDICATEURS HABITUELLEMENT PRODUITS À PARTIR DES STATISTIQUES DES CTC ET DES CTU

- Nombre d'admissions par 24 heures.
- Nombre d'admissions et de décès pour chaque semaine épidémiologique.
- Nombre cumulé d'admissions et de décès depuis la confirmation de l'épidémie.
- Groupe d'âge (au moins <5 ans et > 5 ans).
- Le sexe.
- Niveau de déshydratation à l'admission (sévère, modéré, léger) et plan de traitement ultérieur (A,B).
- Origine géographique du patient (à l'endroit précis le plus proche).
- Durée du séjour.
- Statut de la vaccination contre le choléra.
- Nombre de cas particuliers (femmes enceintes, enfants SAM, etc.).

OUTIL 1. LISTE DE CONTRÔLE D'AUTO-ÉVALUATION POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES

FORMAT D'AUTO-ÉVALUATION

PARTIE GÉNÉRALE - RESPONSABLE : RESPONSABLE CTC

ENVIRONNEMENT DU CTC	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Le CTC dispose-t-il d'une capacité suffisante pour traiter le nombre attendu de patients atteints du choléra et souffrant de diarrhée grave ?				
La structure de santé est-elle ouverte 24 heures sur 24 ?				
Le CTC dispose-t-elle d'un personnel suffisant pour travailler 24 heures sur 24 ?				
Les différentes zones du CTC de santé sont-elles clairement définies par fonction (triage, observation, traitement hospitalier, zone de récupération et morgue) ?				

POLITIQUES ET PROTOCOLES	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Le CTC dispose-t-il d'une définition de cas validée du choléra ?				
Le CTC affiche-t-il le tableau du protocole de traitement de la diarrhée de l'OMS indiquant les plans de traitement A, B et C ?				
Le CTC dispose-t-il d'un équipement de communication (par exemple, un téléphone portable) pour alerter les responsables du district et/ou de la région s'ils détectent un patient atteint du choléra ?				
Le CTC dispose-t-il de fournitures pour obtenir un échantillon de selles d'un patient suspecté de choléra afin de confirmer le diagnostic ?				
Le CTC dispose-t-il d'un programme visant à informer les membres de la famille des patients atteints du choléra sur la manière de prévenir la transmission du choléra en traitant l'eau et en améliorant l'assainissement pendant au moins les 10 jours suivants ?				
Le CTC a-t-elle des critères de décharge clairs ?				

ACCÈS À L'ÉTABLISSEMENT / POINT D'ENTRÉE	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
L'entrée de l'établissement est clairement identifiée				
Des stations de lavage des mains sont disponibles au point d'entrée avec une solution de chlore à 0,05%.				
Bain de pieds ou pulvérisation des chaussures sont disponibles au point d'entrée avec une solution de chlore 0,2%.				
Un personnel est posté à l'entrée pour assurer le lavage des mains et des chaussures 24/24 heures.				
Le point de sortie est différent et séparé du point d'entrée.				
Un membre du personnel est posté au point de sortie 24/24 heures pour s'assurer que les mains et les chaussures sont lavées.				

DOMAINE MÉDICAL - RESPONSABLE : SUPERVISEUR CLINIQUE	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Les prestataires savent-ils comment traiter les patientes enceintes atteintes du choléra ?				
Les prestataires savent-ils comment traiter les patients atteints du choléra qui souffrent de malnutrition aigüe ?				
Les prestataires savent-ils comment prendre en charge les complications les plus fréquentes du choléra ?				

ESPACE DE RÉHYDRATATION ORALE	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
L'espace est équipé de chaises en plastique, de seaux, de bassines pour tous les lits de malades du choléra.				
Le centre dispose d'une civière.				
La préparation des SRO est prête, préparée avec de l'eau traitée et disponible sur place.				
Les gobelets pour les SRO sont désinfectés (voir ci-dessous) et disponibles.				

ZONE D'HOSPITALISATION	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Un membre du personnel est posté 24/24 heures à l'entrée de l'espace pour s'assurer que les mains et les chaussures sont lavées.				
Le dossier du patient est correctement rempli et l'heure d'admission est enregistrée.				
Les poches vides de Ringer lactate sont conservés près du lit du patient pour une évaluation rapide et le nombre de litres de Ringer déjà utilisés est clairement enregistré.				
Tous les lits sont des lits adaptés pour choléra (avec un trou au milieu) sans oreiller.				
Le CTC fournit aux patients une blouse pour la durée de leur séjour.				
Les vêtements des patients sont envoyés aux services de blanchisserie (voir ci-dessous comment ils doivent être lavés).				
Il y a une chaise en plastique à côté de chaque lit.				
Un seul accompagnant par patient est autorisé.				
L'état du patient est évalué et enregistré régulièrement.				
Chaque patient dispose de SRO et est encouragé à en boire.				
Le CTC dispose-t-il de lits de camp pour le choléra afin de traiter les patients souffrant de diarrhée sévère ?				
Les prestataires utilisent-ils des lits de camp pour gérer les patients souffrant de diarrhée sévère ?				

SERVICES D'APPUI - EN CHARGE : RESPONSABLE DE LA LOGISTIQUE

UNIFORMES DU PERSONNEL, LINGE DE LIT ET BLANCHISSERIE	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Le personnel chargé des activités de désinfection utilise un masque, des lunettes, des gants et des bottes en caoutchouc.				
Il y a une zone désignée pour la blanchisserie				
Tous les uniformes du personnel sont désinfectés au CTC	Plongez 10 minutes dans une solution chlorée à 0,05%, rincez puis lavez normalement (des séchoirs à linge sont disponibles près de la zone de lavage).			
Tous les draps et les blouses sont lavés au CTC.				
Les vêtements appartenant au patient sont désinfectés avant sa sortie.				
Le CTC dispose-t-elle d'un moyen de décontaminer les draps de lit ou les sacs en plastique ?				

CUISINE ET REPAS	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
La nourriture est fournie au CTC et il y a une zone désignée pour la préparation de la nourriture.				
Les stations de lavage des mains sont disponibles avec une solution de chlore à 0,05%.				

TASSES POUR SRO	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Il y a un endroit désigné pour laver les tasses				
Les gobelets utilisés pour les SRO sont lavés avec une solution de chlore à 0,05%.				

GESTION DES DÉCHETS	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Les poubelles sont vidées et nettoyées régulièrement.				
Le centre dispose d'une zone désignée pour enterrer les selles et les vomissures des cas graves (ou une autre méthode d'élimination sûre telle qu'une latrine à fosse).				
La gestion des déchets est assurée de manière optimale (incinérateur/fosse septique).				
Les latrines sont régulièrement vidangées par des spécialistes et les boues sont éliminées en toute sécurité.				
La zone d'évacuation des matières fécales se trouve dans une zone isolée.				
Des stations de lavage des mains avec une solution de chlore à 0,05% sont disponibles.				

GESTION DES CADAVRES	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Le centre a une zone isolée désignée pour les cadavres.				
Des stations de lavage des mains avec une solution de chlore à 0,05% sont disponibles.				
Le personnel désigné est formé à la préparation et à la désinfection des cadavres.				
Les cadavres sont désinfectés avec une solution de chlore à 2 % (voir l'annexe 9D pour plus de détails sur la gestion des cadavres).				
Il y a assez de sacs mortuaires disponibles dans le centre				

GESTION DES DONNÉES	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Le nombre de cas reçus dans le centre sont correctement enregistrés				
Le nombre de malades perfusés est correctement enregistré				
Le nombre de décès est enregistré et le jour et l'heure sont notés.				
Les données du centre sont régulièrement transmises au ministère de la santé et au niveau provincial/district.				
Existe-t-il un registre de tous les patients atteints du choléra et de leur résultat clinique ?				

SERVICES EAH - EN CHARGE : RESPONSABLE EAH

SEAUX DE LITS	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Environ une demi-tasse <> 100-125 ml de solution de chlore à 2 % est mis dans les seaux pour les matières fécales et les vomissures avant d'être placé.				
Une autre demi-tasse (100-125 ml) de solution de chlore à 2 % est versée dans les seaux remplis aux 2/3 d'excréments et de vomissements, couverte pendant 30 minutes et jetée dans une fosse/latrine.				
Les seaux et bassins vides sont nettoyés avec une solution de chlore à 2%.				

DE L'EAU POUR LE CTC	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
L'eau est disponible à tout moment et dans tous les endroits critiques (pour cuisiner et préparer les SRO, se laver les mains, se baigner et nettoyer).				
L'eau destinée à la consommation a une turbidité inférieure à 5NTU et un chlore résiduel de 0,5 - 1,0 mg/l et est testée régulièrement.				
La quantité d'eau stockée est suffisante pour au moins 3 jours (sur la base de 60 litres/patient/jour + 15 litres/soignant/jour).				

HYGIÈNE	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Les postes de lavage des mains sont adéquats et la clinique fournit du désinfectant pour les mains.				
Les postes de lavage des mains sont dotés d'un système d'évacuation vers un puisard couvert ou des seaux. Si des seaux sont utilisés, ils sont vidés lorsqu'ils sont pleins dans un bassin de récupération ou dans les latrines.				
Le personnel de santé et les proches se lavent les mains après chaque manipulation de patient.				
Le centre dispose d'une chambre privée/douche pour 50 patients ou soignants (minimum 2, homme/femme).				
Le centre dispose d'au moins 2 salles de douche privées (hommes/femmes) pour le personnel dans la zone neutre.				
Des nettoyeurs sont employés 24 heures sur 24 dans l'établissement.				

DÉSINFECTION	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Des solutions de chlore à 0,2% et 0,05% sont préparées quotidiennement.				
Le pédiluve est régulièrement imbibé de la solution appropriée.				
Le sol de chaque tente est nettoyé avec une solution de chlore à 0,2 % 3 fois par jour et chaque fois qu'il est nécessaire.				
Les lits sont désinfectés après chaque utilisation avec une solution de chlore à 0,2 %, puis séchés au soleil.				
Différentes solutions de chlore sont disponibles et clairement étiquetées pour différents usages dans le CTC.				

LATRINES	Excellent	Moyen	Insuffisant	Commentaires
La clinique dispose d'un moyen d'éliminer correctement les matières fécales contaminées.				
Le centre dispose d'une latrine pour 20 patients ou soignants dans la zone d'observation/de dépistage et de récupération (au moins 2 latrines, hommes/femmes).				
Le centre dispose de 1 latrine pour 50 patients dans la zone d'hospitalisation (min. 2 latrines, homme/femme).				
Le centre dispose d'au moins 2 latrines (mâle/femelle) pour le personnel dans la zone neutre.				
Le centre dispose d'au moins 2 latrines (hommes/femmes) pour les visiteurs à l'extérieur du centre.				
Les latrines sont faciles à nettoyer et sont nettoyées plusieurs fois par jour avec une solution de chlore à 0,2% (ceci inclut les dalles et les murs jusqu'à 1m ou la hauteur des élaboussures).				
Des postes de lavage des mains avec une solution de chlore à 0,05 % sont installés pour toutes les latrines (séparés pour les hommes et les femmes).				

COMMENT PRÉPARER ET STOCKER DES SOLUTIONS CHLORÉES A PARTIR DE DIFFÉRENTS PRODUITS ?



OBJECTIF

Effectuer une préparation et un stockage appropriés des produits chlorés en fonction de besoins spécifiques



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Équipes/personnels formés pour préparer ou vérifier que les concentrations des solutions de chlore utilisées sont correctes pour les différentes applications

EAH + SMSP

- Vérifier l'acceptation par la communauté des produits utilisées

LA PRÉPARATION DE SOLUTIONS CHLORÉES : POURQUOI FAIRE ?

- Activités de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les établissements de traitement du choléra (ETC) : Désinfection des pieds, lavage des mains, eau potable, seau à selles/vomissements, contenants à déchets et couvercles, lits, draps, ustensiles de cuisine et de nourriture, blanchisserie, nettoyage des sols, douches/bains, cuisine, latrines, nettoyage de la morgue, équipement de protection individuelle (EPI), désinfection des moyens de transport, manipulation et gestion des cadavres du choléra
- Désinfection à domicile - pulvérisation et nettoyage (*Fiche Technique n°3E*)
- Traitement des eaux domestiques - produits à base de chlore (*Fiche Technique n°3E*)
- Enterrements et funérailles en toute sécurité - gestion des cadavres des victimes du choléra et pratiques d'hygiène sécurisées lors des funérailles (*Fiche Technique n°3F*)

QUELS SONT LES DIFFÉRENTS PRODUITS CHLORÉS ET DILUTIONS ?

PRÉPARATION DE SOLUTIONS CHLORÉES À PARTIR DE GRANULÉS OU DE COMPRIMÉS DE CHLORE

PRODUIT	SOLUTION 0.05%	SOLUTION 0.2%	SOLUTION 2%	SOLUTION 1%
GRANULÉS DE CHLORE L'hypochlorite de calcium* (HTH ®) en granulés, 65-70% de chlore actif	15 g/20 litres :  X 1 Ex : 20ml** dans 20L d'eau (90 g dans 120 litres d'eau)	60 g/20 litres :  X 4 Ex: 80ml** dans 20L d'eau (360 g dans 120 litres d'eau)	600 g/20 litres :  X 40 Ex: 800ml** dans 20L d'eau	15 g/litre :  X 1 Ex: 20ml **dans 1 L d'eau
GRANULÉS DE CHLORE Sodium dichloroisocyanurate (NaDCC) en granulés, 55% de chlore actif	18 g/20 litres:  X 1 Ex: 20ml** dans 20L d'eau (110 g dans 120 litres d'eau)	72 g/20 litres:  X 4 Ex: 80ml** dans 20L d'eau (430 g dans 120 litres d'eau)	720 g/20 litres:  X 40 Ex: 800ml** dans 20L d'eau	18 g/litre:  X 1 Ex: 20ml **dans 1 L d'eau
COMPRIMÉ DE CHLORE Sodium dichloroisocyanurate (NaDCC) comprimé, 1 g de chlore actif	10 comprimés pour 20 litres d'eau	40 comprimés pour 20 litres d'eau (2 comprimés pour 1 litre)	400 comprimés pour 20 litres d'eau (20 comprimés pour 1 litre)	10 comprimés pour 1 litre d'eau

* Besoin en HTH = 100 grammes par patient et par jour

**si des cuillères de mesure ne sont pas disponibles (20ml), utiliser un bouchon de bouteille (environ 15g de HTH) ou une cuillère de table

TABLEAU 1: SOLUTIONS DE CHLORE CONCENTRÉES UTILISANT DIFFÉRENTS PRODUITS.

UTILISATIONS DES DIFFÉRENTES CONCENTRATIONS :	
SOLUTION 0.05%	Mains et peau, hygiène alimentaire
SOLUTION 0.2%	Sols et murs, vêtements, literie et linge de maison, vaisselle/ustensiles de cuisine, douches/bain et latrines, cuisine, morgue, poubelles et couvertures, EPI, semelles de chaussures/bottes, moyens de transport (après nettoyage*)
SOLUTION 2%	Vomis, selles, préparation des cadavres
SOLUTION 1%	Solution mère pour la chloration de l'eau**

*veiller à ce que les matières organiques soient éliminées avant que la zone ne soit désinfectée au chlore, car le chlore est inactivé par la présence de matières "organiques", par exemple des excréments, du sang, des vomissures ou de la saleté (5)

**Pour déterminer la quantité de solution mère à ajouter dans les récipients d'eau potable, utilisez la méthode du jar test

Source : adapté de MSF (2018) " Management of a cholera epidemic, Annexe 15".

PRÉPARATION DE SOLUTIONS CHLORÉES À PARTIR D'EAU DE JAVEL

L'eau de Javel liquide (solution d'hypochlorite de sodium) doit être réservée à un usage domestique uniquement et lorsque la population connaît le produit. Pour préparer une solution à x% de chlore, il faut tenir compte de la concentration de l'eau de Javel à utiliser, exprimée en "chlore actif" sur le produit commercial.

La formule suivante permet de déterminer le volume d'eau nécessaire pour un volume d'eau de Javel liquide :

$$\text{Volume d'eau } V = \left[\frac{\% \text{ de chlore dans le blanchiment liquide}}{\% \text{ de chlore souhaité}} \right] - 1$$

Exemple : si vous voulez préparer une solution de chlore à 0,2% et que vous avez un produit chloré à une concentration de 2,6%, vous devez diluer 1 volume d'eau de javel dans 12 volumes d'eau : $V = [2,6 / 0,2] - 1 = 12$ volumes d'eau

Le tableau ci-dessous présente les résultats des calculs pour une solution à 0,2 % de chlore à partir de différentes concentrations de chlore dans l'eau de Javel liquide:

% DE CHLORE DANS DE L'EAU DE JAVEL LIQUIDE	SOLUTION DE CHLORE À 0,2% POUR DÉSINFECTER les sols, les surfaces, les matériaux contaminés par un patient (après nettoyage)
2.6%	1 volume d'eau de javel dans 12 volumes d'eau
3.5%	1 volume d'eau de javel dans 16 volumes d'eau
4%	1 volume d'eau de javel dans 19 volumes d'eau

Le volume peut être un litre, un gallon, un verre ou tout autre récipient utilisé pour mesurer une dose. Ces solutions doivent être préparées juste avant leur utilisation.

 **La présence et la disponibilité des produits de désinfection doivent être vérifiées en phase de préparation pour éviter les ruptures de stock.**

 **Les équipes communautaires d'ACF doivent effectuer une démonstration pratique des produits de désinfection, en particulier la désinfection de l'eau potable et l'utilisation de l'eau de javel pour le nettoyage.**

COMMENT ASSURER UNE PRÉPARATION ET UN STOCKAGE APPROPRIÉS DES SOLUTIONS CHLORÉES ?

 **La surexposition au chlore peut être dangereuse pour les patients et le personnel, mais elle est plus susceptible de se produire au stade de la préparation.**

Le protocole ci-dessous doit être suivi :

1. Choisir un endroit bien ombragé, bien ventilé (de préférence à l'extérieur) et à l'abri de tout vent
2. Porter l'Équipement de Protection Individuel (EPI) recommandé (gants en caoutchouc, masque respiratoire, lunettes de protection, tablier, bottes)
3. Vérifier la date de péremption des produits chlorés. Si un produit est périmé, contacter le service logistique pour une élimination sécurisée.
4. Utiliser un récipient en plastique propre et sec pour mesurer la dose de chlore
5. Choisir des récipients opaques propres pour stocker l'eau chlorée
6. Verser d'abord l'eau, puis ajouter le chlore pour éviter les éclaboussures ; ne chlorer pas trop.
7. Étiqueter clairement chaque solution avec la date de préparation, le pourcentage et le mode d'emploi. Par exemple: "2% pour les excréments et les vomissures".
8. Conserver l'eau chlorée à l'abri de la lumière du soleil.
9. Fermer les récipients de chlore après usage si vous utilisez du chlore en poudre ou liquide.
10. Stocker le chlore dans une pièce ventilée, à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité, dans des récipients non métalliques fermés hermétiquement par des couvercles.
11. Nettoyer correctement le matériel utilisé à l'eau courante et le sécher complètement avant de le stocker (s'assurer qu'il n'y a pas de résidus de chlore).
12. Jeter les solutions de chlore toutes les 48 heures dans le système d'évacuation des eaux usées, car les niveaux de chlore libre et de chlore total se dégradent lentement avec le temps dans un récipient couvert et non scellé.

 **Ne jamais mélanger le NaDCC avec de l'hypochlorite de calcium (risque de gaz toxique ou d'explosion) et ne jamais ajouter d'autres produits aux solutions de chlore.**

 **Veillez à ce que vos contenants ou vos réservoirs chlorés soient à l'ombre pour éviter toute réaction chimique indésirable entre la lumière/la chaleur et le chlore qui diminuerait l'efficacité de la protection résiduelle.**

COMMENT ÉLIMINER EN TOUTE SÉCURITÉ UN PRODUIT CHLORÉ PÉRIMÉ ?

Le chlore est un déchet chimique dangereux (solvant halogéné).

Plusieurs options existent pour l'élimination de grandes quantités de déchets chimiques dangereux :

- Il est préférable que ces déchets soient traités par un entrepreneur spécialisé disposant des compétences et des installations nécessaires pour éliminer en toute sécurité les déchets dangereux.
- Retour des produits périmés au fournisseur ou au fabricant d'origine qui doit être équipé pour les traiter en toute sécurité (à inclure dans le contrat d'achat initial des produits chimiques) ;
- L'utilisation de certains produits à des fins non médicales peut également être envisagée ; par exemple, l'utilisation de désinfectants périmés pour nettoyer les toilettes est souvent acceptable.

Possibilité d'éliminer de petites quantités :

- Encapsulation et enfouissement dans une décharge sanitaire ;
- Décomposition chimique conformément aux recommandations du fabricant si l'expertise chimique et les matériaux sont disponibles.

Dans tous les cas, les solvants halogénés ne doivent pas être rejetés dans les égouts.

Source : Adapté de: WHO (2014) 'Safe management of wastes from health-care facilities' (pp130-131)



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- 2B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra ?'
- 3E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- MSF 'Study Report: Evidence Based FRC Targets for Centralized Chlorination in Emergencies'
- MSF appendix 15 'Preparation and Use of Chlorine Solutions'
- Global TaskForce for Cholera Control 'Technical Note: WASH and IPC in Cholera Treatment Structures'

RÉFÉRENCES

- (1) WHO (2004) Appendix 7 'Cholera Outbreak: assessing the outbreak response and improving preparedness' https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43017/WHO_CDS_CPE_ZFk_2004.4_eng.pdf;jsessionid=E99A99A58E1ACB94F17D324E092A4F5E?sequence=1
- (2) Médecins Sans Frontières (2018) Appendix 15 'Management of a cholera epidemic' <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/CHOL/english/appendix-15-preparation-and-use-of-chlorine-solutions-32409866.html>
- (3) Ali, SI; Ali, SS; Fesselet, JF (2016) 'Study Report: Evidence Based FRC Targets for Centralized Chlorination in Emergencies' <https://fieldresearch.msf.org/handle/10144/618836>

COMMENT GÉRER LES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ?



OBJECTIF

Réduire la transmission du choléra au sein ou à proximité des établissements de traitement du choléra (ETC) en assurant une gestion adéquate de tous les déchets considérés comme potentiellement infectieux



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Les équipes/le personnel des centres de Nutrition formés pour être en mesure de gérer différents types de déchets

QUEL EST LE PRINCIPE ?

La contamination par le choléra au sein de l'établissement de traitement du choléra (ETC) est l'un des contextes de transmission identifiés (1). Les mesures de prévention et de contrôle des infections, dans un ETC comprennent la gestion adéquate des déchets (2). Dans un ETC, tous les déchets sont considérés comme potentiellement infectieux et, à ce titre, la réduction du volume de déchets produits et leur traitement approprié nécessitent une chaîne de gestion des déchets spécifique, depuis la collecte, la séparation, le stockage jusqu'à l'élimination et le traitement sécurisé.

QUELS TYPES DE DÉCHETS ?

Les déchets sont classés en cinq types, comme suit :

- **Les déchets pointus et tranchants** : Il s'agit de tous les déchets qui peuvent causer des blessures et transmettre des maladies s'ils ne sont pas éliminés correctement, tels que les aiguilles, les bistouris et les flacons de verre.
- **Les déchets mous** : Il s'agit des déchets qui peuvent être brûlés, tels que les cotons, les gazes, les plastiques, les seringues et le papier.
- **Déchets organiques¹**: ils comprennent les déchets d'origine organique qui ne peuvent pas être brûlés, tels que les déchets alimentaires et les cendres provenant de l'incinérateur ou du brûleur à tambour.
- **Les eaux usées** : Les eaux usées sont les eaux grises qui ont été utilisées pour laver les personnes (mains, douche, nettoyage des cadavres) et les objets contaminés (vaisselle, linge, sols et surfaces, seaux et cuvettes) et les eaux noires provenant des toilettes
- **Déchets pathologiques** : Selles et vomissements des patients atteints de cholera.

1 - Notez que seulement dans les ETC les déchets pathologiques sont traités différemment des déchets organiques.

QUELLES ACTIONS PAR TYPE DE DÉCHETS ?

Procéder étape par étape :



ÉTAPE 1 – IDENTIFICATION D'UNE ZONE DE TRAITEMENT DES DÉCHETS DANS LES CENTRES/UNITÉS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

! Tous les déchets liés au choléra doivent être séparés, stockés et éliminés dans une zone de déchets restreinte dédiée au sein du CTC/UTC et ne doivent pas quitter les locaux.

- La zone de traitement des déchets doit être délimitée et clôturée pour éviter l'accès de personnes non autorisées.
- La zone doit disposer d'un accès à l'eau (de préférence par un point d'eau) avec du savon ou du désinfectant pour le lavage des mains et du détergent pour le nettoyage et la désinfection des contenants et des outils. Un système de drainage adéquat doit également être installé.
- Idéalement, une zone de stockage où les outils et les contenants peuvent être séchés et stockés doit être prévue.
- Cette zone doit être bien ventilée et tous les déchets doivent être placés dans des contenants de couleurs différentes ou marqués et étiquetés (cf. les étapes de séparation et de stockage ci-dessous).

ÉTAPE 2 – SÉPARATION ET COLLECTE DES DÉCHETS

! L'idéal est que chaque personne produisant des déchets les jette dans les contenants prévus à cet effet, soit près du lit du patient, soit dans la zone de traitement des déchets?

DÉCHETS PIQUANTS ET COUPANTS		<ul style="list-style-type: none"> • Ces derniers doivent être séparés dans des boîtes sécurisées étanches et increvables • Selon la réglementation ou les pratiques en vigueur dans le pays, les déchets pointus et coupants peuvent être collectés à l'aide d'un coupe-aiguille • Les déchets coupants et pointus doivent être clairement marqués et étiquetés. • Les boîtes sont jetées lorsque sont à ¾ pleines
DÉCHETS MOUS		<ul style="list-style-type: none"> • Collectés dans un conteneur² tel que bac(s), sac(s) ou seau(x) de 20 à 60 litres, avec un couvercle bien ajusté, tous d'une seule et même couleur spécifique (le jaune est la norme) et clairement étiquetés
DÉCHETS ORGANIQUES		<ul style="list-style-type: none"> • Collectés dans un contenant² tel que bac(s) de 15-20L, sac(s) ou seau(x), avec un couvercle bien ajusté, tous d'une seule et même couleur spécifique (le rouge est la norme), étanche et clairement étiqueté
EAUX USÉES ET DRAINAGE		<ul style="list-style-type: none"> • Collectés dans des fosses d'infiltration (eaux grises) ou des tranchées d'infiltration. (Eaux grises de lavage à la main collectées dans des bassins et transportées manuellement si le sol est peu perméable) • Tous les systèmes ouverts d'évacuation des eaux usées doivent être couverts et nettoyés régulièrement pour éviter les risques de reproduction des vecteurs de maladies et de contamination par exposition directe • Les eaux noires des toilettes à chasse d'eau sont collectées dans les fosses des latrines ou dans les drains reliés à l'égout ou à la fosse septique
DÉCHETS PATHOLOGIQUES		<ul style="list-style-type: none"> • De petites quantités de déchets liquides infectieux (par exemple, du sang ou des liquides organiques) peuvent être versées dans les éviers ou les toilettes • Les selles et les vomissements des patients atteints de choléra doivent être recueillis dans des seaux spécifiques de 10 à 15 litres (avec une solution de chaux hydratée à 30 %) sous le lit choléra ou à côté de la tête du lit. • Les seaux, lorsqu'ils sont remplis au tiers, doivent être soigneusement transportés et vidés par l'hygiéniste/le nettoyeur, de préférence dans une fosse double prévue à cet effet (3), de préférence dans le service, ou moins préférablement jetés dans une fosse de latrines réservée à cet effet. <p>! Il faut veiller à éviter toute éclaboussure et le personnel doit porter un EPI approprié (c'est-à-dire un tablier, des gants, des lunettes et des bottes, voir EPI ci-dessous).</p>

2 - Idéalement, les conteneurs devraient être des bacs à pédale pour éviter toute contamination supplémentaire par les mains

ÉTAPE 3 – STOCKAGE DES DÉCHETS

! Les déchets doivent être vidés régulièrement. Cette section n'est donc pertinente que si des réservoirs intermédiaires sont nécessaires entre la séparation et l'élimination, mais la meilleure pratique consiste à stocker les déchets là où ils seront rangés/éliminés (dans la zone de traitement des déchets identifiée). Dans tous les cas, les matières organiques ne doivent jamais être stockées, même temporairement.

DÉCHETS PIQUANTS ET COUPANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Dans une boîte sécurisée à l'intérieur de la zone de traitement et de stockage/élimination des déchets
DÉCHETS MOUS	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les contenants et sacs à déchets doivent être clairement étiquetés et doivent être remplis au maximum aux trois quarts de leur capacité pour éviter les renversements. Les contenants à déchets doivent être vidés quotidiennement ou selon les besoins tout au long de la journée. Une fois vidés, les contenants et les couvercles doivent être lavés et désinfectés avec une solution de chlore à 0,2 %
DÉCHETS ORGANIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les contenants et sacs à déchets doivent être clairement étiquetés et doivent être remplis au maximum aux trois quarts de leur capacité pour éviter les renversements. Les contenants à déchets doivent être vidés quotidiennement ou selon les besoins tout au long de la journée. Une fois vidés, les contenants et les couvercles doivent être lavés et désinfectés avec une solution de chlore à 0,2 %

ÉTAPE 4 – TRAITEMENT ET ÉLIMINATION DES DÉCHETS

DÉCHETS PIQUANTS ET COUPANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Une approche unique ne peut être recommandée. Les options devront être évaluées en fonction des réglementations nationales de la plus raisonnable à la plus complexe : <ul style="list-style-type: none"> - Les déchets sont éliminés dans une fosse d'enfouissement double et recouverte d'une couche de 10 à 15 cm de terre mélangée à de la chaux après chaque déversement de déchets - Incinération (4) - Traitement chimique - Lors de la fermeture du CTC/UTC, la fosse à objets tranchants est remplie de béton ou d'un matériau similaire afin d'encapsuler les objets tranchants et de protéger les futurs utilisateurs du terrain
DÉCHETS MOUS	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens les plus courants de brûler les déchets mous comprennent (par ordre décroissant de désirabilité, voir l'annexe 3 pour les options techniques détaillées de traitement des déchets infectieux) : <ul style="list-style-type: none"> - incinérateur à double chambre utilisant un combustible auxiliaire pour atteindre des températures de 800°C/1100°C - incinérateur à double chambre à faible coût sans combustible auxiliaire - un incinérateur à chambre unique ou un brûleur à tambour (avec une zone sèche pour stocker les bacs) - brûler dans des fosses, puis recouvrir d'une couche de 10 cm de terre.
DÉCHETS ORGANIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Doivent être éliminés dans des fosses spécifiques aux déchets organiques. La fosse doit être munie d'un couvercle pour empêcher l'entrée des mouches/moustiques/rongeurs • Lors de la fermeture du CTC/UTC, la fosse à déchets organiques devrait être remblayée pour protéger les futurs utilisateurs du terrain
EAUX USÉES ET DRAINAGE	<ul style="list-style-type: none"> • Les fosses et les tranchées doivent être équipées de pièges à graisse lorsque du savon est utilisé, dont le fonctionnement doit être vérifié quotidiennement. • Tous les systèmes qui infiltrent les eaux usées dans le sol doivent être situés de manière à éviter de contaminer les eaux souterraines. Il devrait y avoir au moins : <ul style="list-style-type: none"> - 1,5 m entre le fond de toute fosse non revêtue ou de tout système d'infiltration et la nappe phréatique - à 30 m de toute source d'eau souterraine. • Toutes les eaux usées doivent être traitées in situ avec de la chaux hydratée à 30 % avant leur infiltration (pour éviter leur transport hors du site vers une station de traitement des boues activées). <p>! Demander l'approbation du ministère de la santé pour l'élimination finale, en respectant les règles et réglementations nationales</p>
DÉCHETS PATHOLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les excréments de choléra doivent être traités avec une solution de chaux hydratée à 30 % avant d'être évacués dans des fosses définitives pour que les agents pathogènes soient désactivés et que les volumes des fosses soient réduits (utiliser un rapport 1:10 entre les suspensions de chaux et les excréments). • Lorsque les fosses sont ¾ pleines : <ul style="list-style-type: none"> - En milieu urbain, les déchets pathologiques doivent être pompées (à l'aide d'une pompe à membrane manuelle ou d'une pompe mécanique) et envoyées à une station de traitement des boues activées. - En milieu rural, la fosse doit être fermée en toute sécurité lorsqu'elle atteint les 3/4 de sa capacité totale et une autre fosse étanche doit être ouverte.

! Les eaux de pluie et les eaux de ruissellement doivent être éliminées en toute sécurité pour éviter de diffuser la maladie de l'établissement de traitement du choléra vers l'environnement extérieur.

3 - Contraintes : le broyage est nécessaire avant la désinfection et constitue souvent le point le plus faible de la chaîne. Il faut des désinfectants puissants qui sont eux-mêmes dangereux. L'efficacité dépend en grande partie des conditions opérationnelles (5)

4 - Plus efficace qu'une solution de chlore à 2% selon la recherche appliquée de MSF sur la désinfection des excréments humains en situation d'urgence à l'aide de solutions de chlore hautement concentrées (ARDHEES) par l'Université de Brighton (2018)

QUELLES RESSOURCES HUMAINES SONT CONCERNÉES ?

Les gens qui produisent des déchets :

- Personnel médical (Infirmière (CTC), Infirmière auxiliaire (CTC), Médecin (CTC), Responsable de la pharmacie (CTC))
- Patients/garde malade
- Cuisinier et assistant (CTC)
- Personnel de blanchisserie (CTC)
- Agent de nettoyage(CTC)

Les personnes qui nettoient, collectent et éliminent les déchets (idéalement, à la source, chaque personne produisant des déchets devrait les jeter dans les contenants prévus à cet effet, que ce soit au niveau du lit du patient ou dans la zone de traitement des déchets) :

- Hygiéniste/ Promoteur de la santé (CTC) / Agent de nettoyage(CTC)
- Cuisinier et assistant (CTC)
- Personnel de blanchisserie (CTC)
- Responsable de la zone de traitement des déchets

TABLEAU 1: EFFECTIFS NÉCESSAIRES POUR CHAQUE NIVEAU D'ÉTABLISSEMENT DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

Élimination des déchets RESSOURCES HUMAINES (rôles identifiés)	Dans un établissement hospitalier ou de niveau équivalent (CTC) 100-200 LITS	Dans un établissement hospitalier ou de niveau équivalent (CTC) 25 - 50 LITS	Dans un établissement de santé de taille moyenne pour patients hospitalisés (UTC) DE 10 À 20 LITS	Petit établissement de santé avec PRO (UTILISATION OCCASIONNELLE DE 1 À 5 LITS)
Cuisinier	2	1		
Assistant cuisinier	8	4		
Personnel de blanchisserie	6	3	3 agents d'entretien / préparateur de solutions chlorées / blanchisserie / traitement des déchets*	2 agents d'entretien / préparateur de solutions chlorées / blanchisserie / traitement des déchets
Hygiéniste/agent d'entretien	7	3		
Opérateur de la zone de traitement des déchets	2	1		

Source : adapté de UNICEF Cholera Toolkit (2013)

* Pour couvrir 24 heures sur 24, 8 heures de travail par personne - nettoyage, préparation de solutions de chlore, pulvérisation, désinfection des seaux des patients



CRITÈRES DE SÉLECTION DES HYGIÉNISTES/AGENT D'ENTRETIEN ET DES OPÉRATEURS DE TRAITEMENT DES DÉCHETS

- Expérience antérieure en matière de lutte contre le choléra
- Respecté par la communauté
- Appartient à la population ciblée
- Dispose d'un moyen de transport

 Les équipes doivent être équilibrées sur le plan du genre et des ethnies

QUELS ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION ?

L'équipement de protection individuelle (EPI) pour le personnel du CTC doit être fourni dans le CTC. Il doit de préférence être fabriqué ou acheté sur place.

Tout le personnel doit en avoir au moins ::

- 1 haut à manches courtes et 1 pantalon
- 1 paire de bottes
- 1 Salopette de travail
- Gants en caoutchouc réutilisables ou gants résistant à la chaleur pour ceux qui travaillent avec l'incinérateur
- Tablier long en plastique réutilisable ou en cuir pour ceux qui travaillent avec l'incinérateur
- Masque facial réutilisable

Le personnel se change à l'entrée et à la sortie du CTC

! Le personnel ne doit ni quitter le CTC dans ses vêtements de protection ni travailler dans le CTC dans ses vêtements personnels.

L'EPI est changé tous les jours et chaque fois qu'il est souillé.

Le matériel réutilisable doit être désinfecté avec une solution de chlore à 0,2 % chaque fois qu'il est souillé (après nettoyage) et lavé quotidiennement.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- ACF (2017) [Medical Waste Management for WASH Practitioners](#)
- WHO (2014) [Safe Management of wastes from health care activities](#)
- WHO (2019) [Technologies for the treatment of infectious and sharp waste from Health Care Facilities](#)
- Global Task Force for Cholera Control 'Technical Note: WASH and IPC in Cholera Treatment Structures', p11
- MSF (2018) Applied research into the disinfection of human excreta in emergency settings using highly concentrated chlorine solutions (ARDHEES) by University of Brighton
- WHO COTS Program Staff pocket cards for diarrhoeal diseases

! Il est important d'avoir des descriptions de tâches ou de postes simples pour tout le personnel, y compris pour ceux travaillant dans la communauté (bénévoles ou rémunérés), afin de définir clairement ce que l'on attend d'eux. Voir les fiches COTS et les directives de MSF sur le choléra.

RÉFÉRENCES

- (1) 3A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?'
- (2) 2H ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles mesures clefs pour la prévention et le contrôle des infections dans les établissements de traitement du choléra ?'
- (3) MSF (2018), "Management of a cholera epidemic"
- (4) WHO (2014), "Safe management of wastes from health-care activities", pp80-84
- (5) WHO (2014), "Safe management of wastes from health-care activities", pp93-98
- (6) MSF (2010), "Public Health Engineering in Precarious Situations"

ANNEXE 1 / EXEMPLE DE CADRE DE SUIVI DE LA GESTION DES DÉCHETS D'UN ÉTABLISSEMENT DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

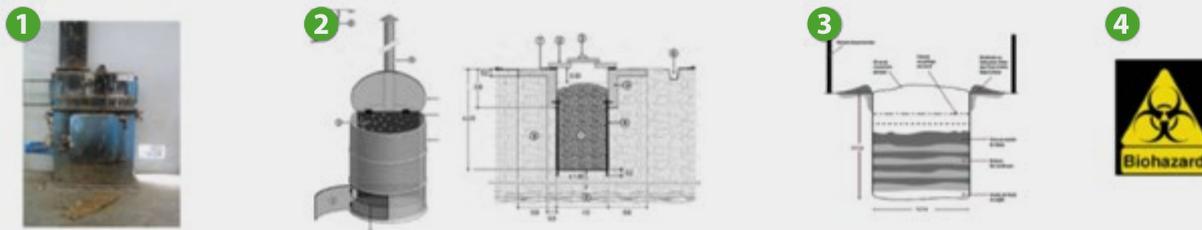
VOLET GESTION DES DÉCHETS	QUEL EST LE RÉSULTAT ATTENDU?	QUEL INDICATEUR ?	QUEL SUIVI QUOTIDIEN ?
ÉLIMINATION DES EXCRÉTAS	<ul style="list-style-type: none"> Un nombre suffisant de toilettes adéquates, accessibles, appropriées et sécurisées pour le personnel, les patients et les soignants (une toilette fonctionnelle pour 20 utilisateurs) Les toilettes ne contaminent pas l'établissement de santé ni les réserves d'eau 	Toutes les toilettes/latrines sont propres et fonctionnelles	Inspection visuelle de chaque cabine de toilettes/latrines
		Le sol de l'établissement de traitement du choléra est exempt de défécation en plein air	Promenade d'observation dans le périmètre de l'établissement de traitement du choléra
EAUX USÉES	<ul style="list-style-type: none"> Les fossés de drainage existent, ils sont débouchés, de taille appropriée et fonctionnels De simples bacs de trempage équipés de trappes à graisse sont installés pour s'assurer que les eaux usées provenant du lavage des mains, du bain, du nettoyage ou de la lessive ne contaminent pas les établissements de santé, les réserves d'eau ou les communautés environnantes 	Toutes les eaux usées sont évacuées rapidement et en toute sécurité	Inspection visuelle de tous les points où les eaux usées sont générées
		Le sol de l'établissement de traitement du choléra est exempt d'eau stagnante	Promenade d'observation dans le périmètre de l'établissement de traitement du choléra
DÉCHETS MÉDICAUX	<ul style="list-style-type: none"> Il existe une zone spécifique d'élimination des déchets, où les déchets peuvent être stockés et éliminés de manière sécurisée et efficace Aucun réservoir pathogène potentiel, y compris les déchets, les aliments, les récipients alimentaires ou les vêtements souillés, n'est évacué de la zone 	Absence de déchets hospitalier sur le sol	Promenade d'observation dans le périmètre de traitement du choléra
	<ul style="list-style-type: none"> Le sol et l'environnement de l'établissement de traitement du choléra sont exempts de déchets hospitalier 	Pas de conteneur de déchets qui déborde	Observation de tous les points où des déchets hospitaliers sont générés
CONTRÔLE DES INFECTIONS	<ul style="list-style-type: none"> Tous les déchets infectieux, les excréments et les liquides organiques générés dans la zone d'isolement sont désinfectés avec une solution de chlore à 2 % et éliminés en toute sécurité dans la zone d'isolement Aucune eau usée potentiellement infectieuse ne s'écoule hors de la zone d'isolement 	Les sols sont nettoyés quotidiennement avec un détergent ou une solution chlorée à 0,2 %. Chaque salle a sa propre serpillière et son propre seau	Observation des salles où sont dispensés les soins médicaux
		<ul style="list-style-type: none"> Le personnel dispose d'un équipement suffisant et adéquat pour la manipulation des déchets et d'un équipement de protection individuelle. Le personnel est correctement formé à la collecte, à la manipulation et à l'élimination des déchets hospitaliers en toute sécurité. 	Au moins un mois de stock de gants jetables, de tabliers jetables, de salopettes, de bottes et de lunettes de protection
CONTRÔLE DES VECTEURS	<ul style="list-style-type: none"> Les sites de reproduction des vecteurs sont supprimés Les déchets de cuisine et médicaux sont éliminés de manière appropriée, des barrières sont installées aux fenêtres et aux portes. Des pièges à rongeurs sont installés, des moustiquaires sont installées aux fenêtres et aux portes Des moustiquaires imprégnées d'insecticide sont installées dans les services d'hospitalisation des patients 	Un stock d'au moins un mois de chlore, de détergent et de savon	Observation des stocks
		<ul style="list-style-type: none"> Les sites de reproduction des vecteurs sont supprimés Les déchets de cuisine et médicaux sont éliminés de manière appropriée, des barrières sont installées aux fenêtres et aux portes. Des pièges à rongeurs sont installés, des moustiquaires sont installées aux fenêtres et aux portes Des moustiquaires imprégnées d'insecticide sont installées dans les services d'hospitalisation des patients 	Absence de vecteurs de maladies au sein et autour de l'établissement de traitement du choléra

Source: Adapté de l'OMS (2012), "WASH in Health Care Facilities in emergencies".

ANNEXE 2 / OPTIONS TECHNIQUES POUR LE TRAITEMENT DES DÉCHETS INFECTIEUX

OPTIONS IMMÉDIATES/À TRÈS COURT TERME

Il existe plusieurs options classées ici par ordre de préférence dans le contexte d'une épidémie de choléra :

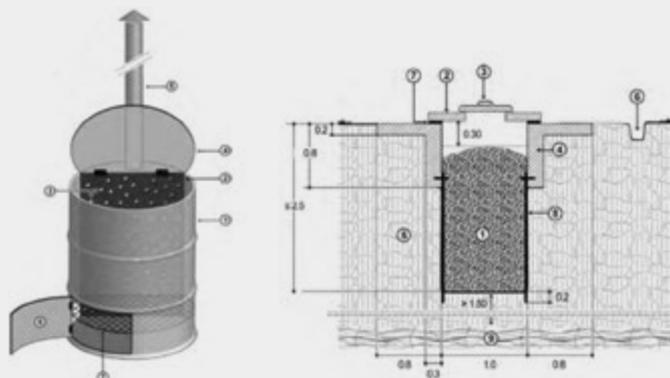


1 Incinérateur existant

L'option privilégiée est d'utiliser l'incinérateur de l'hôpital existant s'il est fonctionnel et situé à proximité immédiate de la zone d'élimination des déchets de l'établissement de traitement du choléra. S'il n'est pas fonctionnel, il est recommandé d'explorer les possibilités de le remettre en service.

2 Réducteur temporaire de volume + fosse à résidus

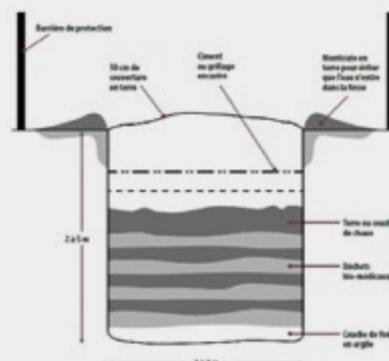
En phase d'urgence, il est possible de réaliser un réducteur de volume (temporaire) à l'aide d'un fût métallique (photo de gauche), dans une zone de stockage et de traitement des déchets qui est dédiée sur le terrain de l'établissement de santé. La combustion des déchets dans un réducteur de volume (temporaire) génère des cendres et laisse quelques résidus non brûlés, d'où la nécessité d'une fosse à cendres (fosse simple sans revêtement mais avec une dalle temporaire en phase d'urgence, photo de droite).



Les détails de la conception sont disponibles dans le manuel (6) " Public Health Engineering in Precarious Situations " (MSF, 2010).

3 Enfouissement sur place/décharge

Au début de l'urgence et si la possibilité d'un réducteur de volume temporaire a été écartée en raison d'une pollution potentielle par les fumées dans un espace défavorable, il est possible de creuser une fosse d'enfouissement sur le terrain de l'établissement de santé, revêtue de matériaux peu perméables (pour éviter la pollution des eaux souterraines peu profondes) et clôturée. Les déchets de soins de santé doivent être immédiatement enfouis sous une couche de terre après chaque déchargement. Pour une protection sanitaire accrue et pour l'élimination des odeurs désagréables, il est suggéré de verser de la chaux sur les déchets. Une fois remplie, la fosse doit être scellée.

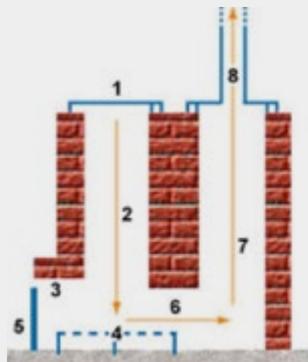


4 Sécuriser les déchets infectieux et leur transport pour un traitement sûr.

OPTIONS À COURT/MOYEN TERME

- **Des incinérateurs permanents tels que Montfort**⁵

Ces incinérateurs peuvent être construits sur place (en 1 à 2 semaines) et permettent d'éliminer les déchets infectieux à l'aide de deux chambres de combustion, dont la seconde peut atteindre des températures allant jusqu'à 850°C. Ils présentent un avantage comparatif en termes de rapidité d'installation et de coût (environ 1 000 à 2 000 USD).



- **Incinérateurs industriels à double chambre :**

Ce type d'incinérateurs permet une combustion à plus de 850° et entraîne une réduction significative du volume et du poids (>95%). Ils nécessitent néanmoins des coûts d'investissement assez élevés (environ 15 000 à 20 000 USD au moins) et un personnel qualifié. Le transport des déchets et la centralisation du traitement en milieu urbain permettent à la fois un traitement de haute qualité et une bonne rentabilité.

Source: UNICEF (2017), "Guideline for the plague outbreak response in Madagascar" (Annexe 3)

5 - Voir ACF (2017) "Medical Waste Management for WASH Practitioners", dans l'encadré des ressources supplémentaires ci-dessus

QUELS SONT LES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES DES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF ne se positionnera sur le traitement médical que si le bureau pays est en capacité de le faire en terme de ressources et d'expertise et qu'aucun autre acteur n'est en mesure d'y répondre.



OBJECTIF

Identifier les besoins en ressources humaines et matérielles pour les structures de soins pendant les épidémies de choléra



RESPONSABILITÉ

Responsable Département Santé et Nutrition



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

SANTÉ & NUTRITION + EAH

- Les besoins pour la prise en charge des cas de choléra incluent le matériel, fournitures et les ressources humaines des secteurs Santé et EAH

QUELS TYPES D'ÉTABLISSEMENT DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ?

	TYPE D'INSTALLATION	TYPE DE TRAITEMENT	TIMING	CAPACITÉ EN LITS	ÉQUIPEMENT
CTC 	Établissement hospitalier Zone d'isolement autonome dédiée au sein des établissements de santé OU un bâtiment existant de la communauté	Gestion des cas simples de choléra (traitement oral) et des cas graves (traitement IV)	24/7	25-200 lits	Eau, latrines, douches, cuisine, buanderie, zone de déchets de la morgue, stocks et électricité
UTC 	Établissement hospitalier Zone d'isolement dédiée à l'intérieur ou rattachée à un établissement de soins	Gestion des cas simples de choléra (traitement oral) et des cas graves (traitement IV)	24/7	10 - 20 lits	Eau, latrines, douches, morgue, zone de déchets, stocks et électricité
PRO 	Établissement de soins ambulatoires	La gestion des cas simples renvoi des cas graves aux CTC ou aux CTU	Pendant la journée	1 - 5 lits (occasionnel)	Eau et latrines

QUELS MATERIELS ET FOURNITURES ?

KIT CHOLÉRA POUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES CAS

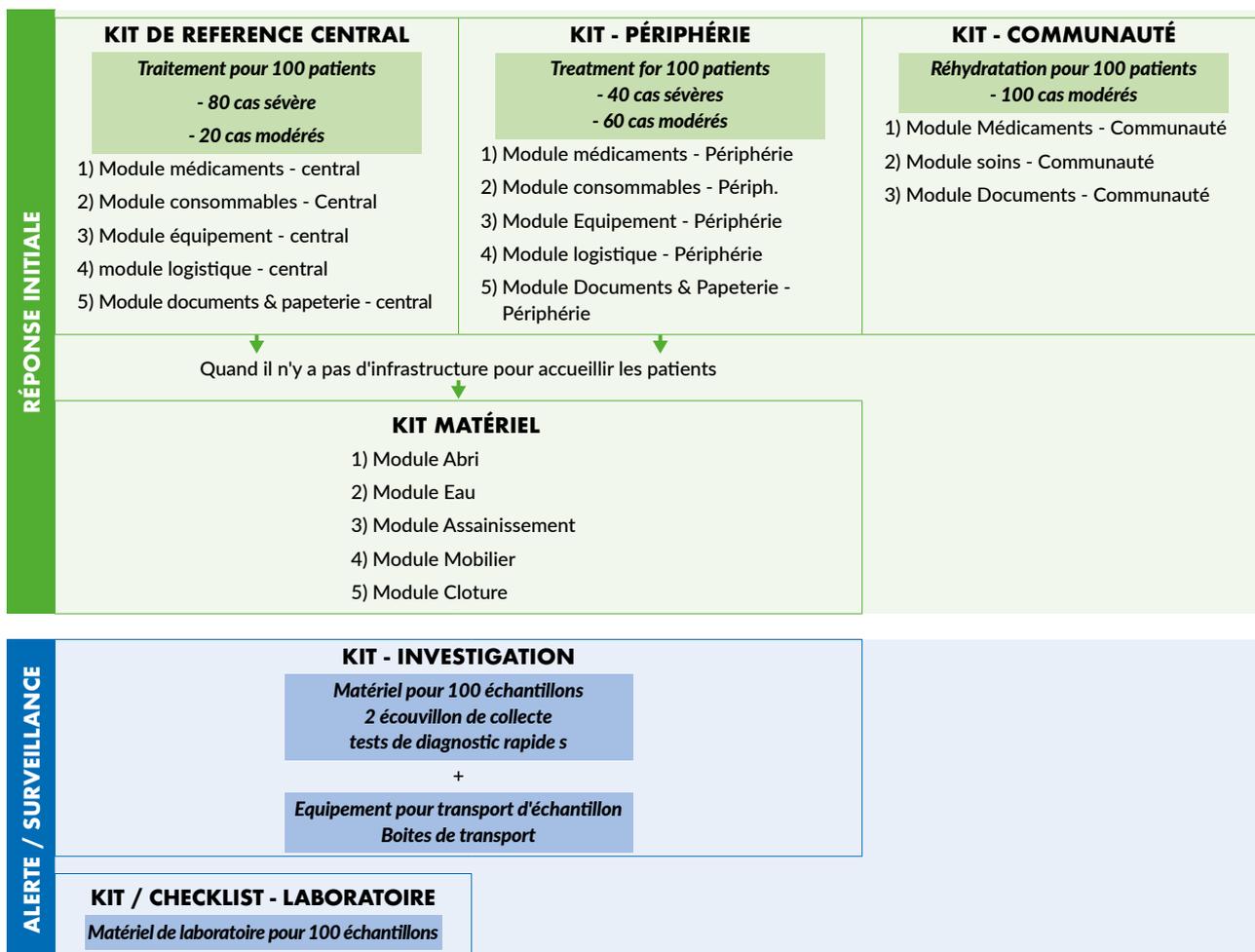
- Les Kits Choléra sont conçus pour soutenir le premier mois de la réponse initiale. Chaque kit est divisé en plusieurs modules (Figure 1).
 - Trois (3) kits** sont conçus pour le traitement des patients atteints de choléra dans les structures existantes aux niveaux central (CTC), périphérique (UTC) et communautaire (PRO).
 - Un (1) kit**, appelé « **kit matériel** », fournit le matériel nécessaire pour mettre en place une structure provisoire pour les soins aux patients lorsqu'aucune structure existante n'est en place
 - Deux (2) kits** comprennent l'équipement nécessaire pour enquêter sur les épidémies de choléra et pour la confirmation en laboratoire des cas suspects de choléra
- La mission ACF peut commander des kits et des modules¹ séparément, rechercher des dons auprès des principales agences (par exemple, OMS, UNICEF) ou acheter localement certains articles.

Le contenu détaillé de chaque kit et module se trouve en annexe (Annexes 1-6).

CALCUL DES BESOINS EN KITS CHOLÉRA

- Un calculateur (Cholera Kit Calculator)** a été développé par l'OMS. Il fournit le nombre et le type de kits et de modules pour la prise en charge des cas de choléra au niveau d'un centre de traitement. L'outil utilise des scénarios prédéfinis basés sur les données de population disponibles, les taux d'attaque prédéfinis ainsi que le nombre d'établissements de soins de santé disponibles.
- Une alternative est d'utiliser les guidelines de MSF '**Estimation of treatment resource needs**' qui permettent d'estimer les besoins en fournitures médicales sur la base du nombre de cas attendus, et en tenant compte du stock existant disponible connu.

FIGURE 1: KITS CHOLÉRA EN FONCTION DU CONTEXTE.



Source: kits choléra OMS kits choléra révisés

Note: « Kit de référence central » correspond généralement aux besoins en ressources d'un centre de traitement du choléra (CTC), « kit périphérique » correspond aux besoins en ressources d'une unité de traitement du choléra (UTC), et « kit communautaire » correspond aux besoins en ressources d'un point de réhydratation orale. Le contenu détaillé de chaque kit et module se trouve en annexe (Annexe 1 - 6).

1 - contacter WHO Procurement Services at procurement@who.int, en indiquant "Cholera kits" dans le sujet du message.. Les services du WHO Procurement fourniront des conseils pour un achat direct

QUELLES RESSOURCES HUMAINES

BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Le tableau ci-dessous donne une indication du type et du nombre de ressources humaines nécessaires pour gérer les différents types d'installations de traitement du choléra. Le bon fonctionnement de l'ETC dépend fortement de ressources humaines qualifiées suffisantes. Une expertise des secteurs Santé et EAH est requise. Les nombres sont susceptibles de changer au cours d'une épidémie et des ressources supplémentaires peuvent être nécessaires pendant le pic. Les conditions d'embauche doivent être suffisamment flexibles.

CTC et UTC fonctionnent 24/24h et 7/7 jours. Le nombre d'employés doit être suffisant pour permettre des roulements d'équipes de 8h couvrant les 24h d'une journée. Les PROs fonctionnent 12/24h et 7/7 jours. Dans certains contextes, ces effectifs ne seront pas disponibles. Le personnel peut être amené de l'extérieur de la zone afin de maintenir un niveau de soins de base et de permettre au personnel de s'absenter.

RESSOURCES HUMAINES	CTC 100-200 LITS	CTC 25-50 LITS	UTC 10-20 LIT	PRO (1-5 LITS OCCASIONNEL)
Coordinateur CTC	1	1		
Administrateur	1	1		
Docteur	5	1-2		
Infirmier	45	15-30	6-12	3
Aide médicale de salle	45	15-30	6-12	3
Pharmacien	2	1		
Spécialiste logistique et EAH	1	1		
Responsable EAH	2	1		
Responsable logistique	2	1		
Magasinier	3	1		
Gardien	18	3-6	6	3
Cuisinier	2	1		
Assistant cuisinier	8	4		
Blanchisseur	6	3	3	2
Agent de nettoyage	7	3		
Préparateur de solutions chlorées	3	1		
Educateur en hygiène	2	1		
Porteur d'eau	6	2		
Porte-civière	6	2		
Total	165	48-72	21-27	11

DESCRIPTION DES POSTES

La description des postes devrait être adaptée au contexte et correspondre aux besoins de la réponse. Les rôles et les tâches de gestion d'un CTC développé par MSF sont accessibles **en annexe 8**.

Une fiche présentant l'organigramme complet d'une réponse choléra est disponible dans la fiche 5A « Quel organigramme pour une réponse choléra ».



RESSOURCES ADDITIONNELLES

- 2B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra?'
- WHO kits cholera révisés
- Toolkit choléra UNICEF, Chapitre 8 Prise en charge des cas et contrôle des infections dans les centres de santé et les sites de traitement' (Annexe 8G)
- MSF gestion des épidémies de choléra, Chapter 7 'Organization of cholera treatment facilities' (Appendix 18 and 19).

ANNEXE 1/ KIT DE RÉFÉRENCE LISTE DES ARTICLES – NIVEAU CENTRAL

KIT DE RÉFÉRENCE DU CHOLÉRA, CENTRAL		PRÉSENTATION PRÉFÉRÉE	QUANTITÉ NÉCESSAIRE PAR KIT
100 patients, 80 cas sévères - 30/40 lits nécessaires lors du pic			
Item	Description	Unité	Quantité
1. MODULE MÉDICAMENTS – CENTRAL			
1	SRO (sels de réhydratation orales)	sachet de 1 litre	1000 sachets
2	Paracétamol, comprimés dispersibles 100mg	comprimés dispersibles	100 tablettes
3	Paracétamol, comprimés 500mg	comprimés	200 comprimés
4	Solution composée de lactate de sodium (lactate de Ringer), solution injectable, (sans set IV et aiguille)	500 ml boîtes	1280 boîtes
5	Glucose 5%, solution injection (sans set IV et aiguille)	500 ml boîtes	20 boîtes
6	Glucose 50%, solution injection (hypertonique)	50 ml/flacon	10 flacons
7	Doxycycline dose unique 100mg	100 mg comprimés	300 comprimés
8	Azithromycine poudre pour suspension	200 mg/5ml, 100ml bouteilles	8 bouteilles
9	Comprimé de purification de l'eau (NaDCC 67 mg)	comprimés	2800
10	Polyvidone iodine 10%, bouteille	Bouteille de 200 ml	5 bouteilles
11	Sulfate de zinc, comprimés dispersibles 20 mg	comprimés	300 comprimés
12	Chlorure de potassium 100 mg/ml, 10 ml	ampoule	100 ampoules
2. MODULE CONSOMMABLES -CENTRAL			
13	Canule, IV court, 14G, (1.7 x 55mm), stérile, usage unique	unité	30
14	Canule, IV court, 16G, (1.7 x 55mm), stérile, usage unique	unité	30
15	Canule, IV court, 18G, (1.3 x 45 mm), stérile, usage unique	unité	60
16	Canule, IV court, 20G, (0.8 x 25 mm), stérile, usage unique	unité	30
17	Canule, IV court, 22G, (0.8 x 25 mm), stérile, usage unique	unité	60
18	Canule, IV court, 24G, (0.7 x 19 mm), stérile, usage unique	unité	30
19	Kit de perfusion, avec entrée d'air et aiguille, stérile, usage unique	unité	340
20	Robinet d'arrêt, 3 voies, stérile, usage unique	unité	340
21	Cathéter, cathéter Foley, CH10, stérile, usage unique	unité	5
22	Cathéter, cathéter Foley, CH12, stérile, usage unique	unité	5
23	Cathéter, cathéter Foley, CH14, stérile, usage unique	unité	10
24	Cathéter, cathéter Foley, CH18, stérile, usage unique	unité	10
25	Sac, urine, collecte 2000ml	unité	50
26	Aiguille, pour veine cuir chevelu, 21G (0.8 x 19 mm), stérile, usage unique	unité	25
27	Aiguille, pour veine cuir chevelu, 25G (0.5 x 19 mm), stérile, usage unique	unité	25
28	Boîte de sécurité pour seringues/aiguilles usagées, 5 litres	unité	4
29	Bandage de gaze, 8 cm x 4 m, emballé individuellement	unité	24
30	Coton 500g, rouleau, non stérile	unité	5
31	Ruban adhésif, oxyde de zinc, 2,5 cm x 5 m	unité	20
32	Compresse, gaze, 10x10cm, non stérile.	unité	300

33	Gants d'examen, nitril, grand, usage unique	unité	400
34	Gants d'examen, nitril, moyen, usage unique	unité	700
35	Gants d'examen, nitril, petit, usage unique	unité	400
36	Gants, chirurgicaux, 6.5, stérile, usage unique	unité	10
37	Gants, chirurgicaux, 7.5, stérile, usage unique	unité	40
38	Gants, chirurgicaux, 8.5, stérile, usage unique	unité	10
39	Savon de toilette, barre approx. 110g, emballé	unité	250
40	Tube, aspiration / alimentation, CH12, L125 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	3
41	Tube, aspiration / alimentation, CH16, L125 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	3
42	Tube, alimentation, CH05, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	5
43	Tube, alimentation, CH08, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	10
44	Tube, alimentation, CH12, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	10
45	Tube, alimentation, CH16, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	3
46	Seringue, feeding, 50 ml, embout Cathéter, stérile	unité	25
47	Seringue, feeding, 50 ml, embout Luer, stérile	unité	30
48	Seringue, usage unique, 10 ml, stérile	unité	100
49	Écouvillon de culture, gélose Cary-Blair, écouvillon unique	unité	10
50	Récipient de collecte des fèces, 125 ml avec un godet à vis	unité	10
3. MODULE EQUIPEMENT - CENTRAL			
51	Balance, électronique, mère et enfant, 150kg x 100g	unité	1
52	Balance, électronique, infantile (seulement), 25kg x 100g	unité	1
53	Glucomètre (modèle de poche utilisant des bandelettes de test, utilisables par le patient, résultats sous 5 secondes)	unité	1
54	Bandelettes de test pour glucomètre	unité	100
55	Rasoir, sécurité, usage unique	unité	10
56	Ciseaux, Deaver, 140 mm, droit, tranchant / émoussé	unité	2
57	Pince, artère, Kocher, 140 mm, droite	unité	2
58	Bassin, rein, acier inoxydable, 825 ml	unité	2
59	Plateau, dressing, acier inoxydable, 300 mm x 200 mm x 30 mm	unité	5
60	Attelle, type Carmer, métallique, pliable, bras (pour adultes)	unité	30
61	Attelle, type Carmer, métallique, pliable, bras (pour enfants)	unité	5
62	Tourniquet, caoutchouc naturel, 75 cm	unité	5
63	Stéthoscope, binaural, complet	unité	4
64	Sphygmomanomètre, (adulte), anéroïde	unité	4
65	Sphygmomanomètre, (enfant), anéroïde	unité	2
66	Thermomètre, clinique, digital, 32-43 °C	unité	5
67	Brosse, main, gomme, plastique	unité	5
68	Sac mortuaire, taille adulte 250x120cm, qualité extra forte avec 6 anses, adapté pour glisser, avec fermeture éclair sur le côté, couleur blanche. (300 microns)	unité	5
69	Sac mortuaire, taille enfant 150x100cm, qualité extra forte avec 6 anses, adapté pour glisser, avec fermeture éclair sur le côté, couleur blanche. (300 microns)	unité	3
70	couverture d'aluminium, 220x160cm, couverture de survie, pour adultes, polyester métallisé or / argent, pour éviter les pertes de chaleur.	unité	5

4. MODULE LOGISTIQUE - CENTRAL

71	Lit de choléra avec trou de 7 "dans le pont en nylon, taille ouverte 66cm x 183cm x 38cm		unité	10
72	Bidon de 10l avec robinet pour désinfection (pliable)		unité	16
73	Fût de 125l avec couvercle pour solutions chlorées + vannes (Conteneur + Couvercle, 125l, plastique de qualité alimentaire, empilable (Code MSFE CWATCON12L), HDPE (polyéthylène haute densité), résistant aux UV, de qualité alimentaire, 2 poignées latérales, couvercle, avec robinet)		unité	3
74	Bidon de 10l avec robinet pour SRO (pliable)		unité	8
75	Corde (pour suspendre les sacs de perfusion et les dossiers médicaux) x 100m		unité	2
76	Balai avec poignée		unité	4
77	Poubelle en plastique avec couvercle		unité	8
78	Gants en caoutchouc (paire)		unité	20
79	Bassin pour recueillir l'eau (seau, 14 l, plastique de qualité alimentaire, empilable)		unité	4
80	Gobelets en plastique 250 ml - multi-usage, plastique, gradué, avec poignée		unité	25
81	Assiettes en plastique - multi-usage, assiette profonde, plastique de qualité alimentaire, diamètre 22 cm	7	unité	25
82	Cuillères en plastique - multi-usage, Cuillère, soupe, qualité plastique alimentaire, 15 ml		unité	25
83	Seaux gradués à l'intérieur de 12 L (3 par lit)		unité	90
84	Couverture, de survie, 220x140cm		unité	30
85	Pagne		unité	20
86	Désinfectant (NaDCC) contenant 1 kg - granulés, pot, forme déshydratée, 55-57	%	unité	10
87	Tablier, réutilisable - taille universelle - tablier non tissé robuste, tablier droit avec bavette,		unit	20
88	Pulvérisateur 12 L, IK 12 BS		unité	4
89	Filet de sécurité en plastique - 1m de haut, filet, marquage des limites, 1 x 50 m, rouleau		unité	3 rouleaux
90	Testeur		unité	2
91	Comprimés de test de chlore DPD1		unité	200
92	Comprimés de test de chlore DPD3		unité	20
93	Comprimés rouge phénol, pour l'analyse du chlore		unité	20
94	Bottes en caoutchouc - petites		unité	1
95	Bottes en caoutchouc - moyennes		unité	2
96	Bottes en caoutchouc - grandes		unité	2
97	Tenues chirurgicales (pantalons et chemises) – petites, tissés, réutilisables, portés sous		unité	5
98	Tenues chirurgicales (pantalons et chemises) – moyennes, tissés, réutilisables, portés sous		unité	15
99	Tenues chirurgicales (pantalons et chemises) – grandes, tissés, réutilisables, portés sous		unité	10
100	Sacs d'incinération biohazard jaunes 90x70cm		unité	100
101	Lampes (énergie solaire ou électrique)		unité	12

5. MODULE DOCUMENTS & PAPETERIE - CENTRAL			
102	Note d'information (anglais & français)	unité	2
103	Notebook pour transmission (tours)	unité	5
104	Stylos	unité	10
105	Calculatrice (solaire)	unité	1
106	Marqueur, permanent	unité	10
107	Registre	unité	1
108	Fiches patient	unité	100
109	UNICEF Cholera Toolkit (français & anglais)	unité	2
110	Formulaires prédéfinis sur la façon d'évaluer l'état d'hydratation (français et anglais)	unité	1
111	Tableaux standards prêts avec protocoles de réhydratation (français et anglais)	unité	1
112	Matériels IEC (tableaux) from UNICEF	unité	1
113	Matériel IEC (affiche d'information) de l'UNICEF	unité	1

ANNEXE 2 / KIT CHOLÉRA LISTE DES ARTICLES – NIVEAU PERIPHERIQUE

KIT CHOLÉRA PÉRIPHÉRIE		PRÉSENTATION PRÉFÉRÉE	QUANTITÉ NÉCESSAIRE PAR KIT
100 patients, 40 cas sévères - 15/20 lits au pic de l'épidémie			
Item	Description	Unité	Quantité
1. MODULE MÉDICAMENTS - PERIPHERIE			
1	SRO (sels de réhydratation orales)	sachet pour 1	1000 sachets
2	litre	1000 sachets	100 tablets
3	Paracétamol, comprimés dispersibles 100mg	tablettes	100 comprimés
4	Solution composée de lactate de sodium (lactate de Ringer), solution injectable, (sans set IV et aiguille)	Sac 500ml	640 sacs
5	Glucose 5%, solution injection (sans set IV et aiguille)	Sac 500 ml	20 sacs
6	Doxycycline dose unique 100mg	Tablettes 100mg	300 comprimés
7	Azithromycine poudre pour suspension	200mg/5ml	8 bouteilles
8	Comprimé de purification de l'eau (NaDCC 67 mg)	tablettes	2800 comprimés
9	Polyvidone iodine 10%, bouteille	Bouteille de 200ml	5 bouteilles
10	Sulfate de zinc, comprimés dispersibles 20 mg	tablettes	300 comprimés
2. MODULE CONSOMMABLES - PERIPHERIE			
11	Canule, IV court, 16G, (1.7 x 55mm), stérile, usage unique	unité	15
12	Canule, IV court, 18G, (1.3 x 45 mm), stérile, usage unique	unité	45
13	Canule, IV court, 22G, (0.8 x 25 mm), stérile, usage unique	unité	45
14	Canule, IV court, 24G, (0.7 x 19 mm), stérile, usage unique	unité	15
15	Kit de perfusion, avec entrée d'air et aiguille, stérile, usage unique	unité	180
16	Robinet d'arrêt, 3 voies, stérile, usage unique	unité	180
17	Cathéter, Foley, CH12, stérile, usage unique	unité	2
18	Cathéter, Foley, CH14, stérile, usage unique	unité	5
19	Cathéter, Foley, CH18, stérile, usage unique	unité	5
20	Sac, urine, collecteurs, 2000ml	unité	30
21	Aiguille, pour veine cuir chevelu, 21G (0.8 x 19 mm), stérile, usage unique	unité	15
22	Aiguille, pour veine cuir chevelu, 25G (0.5 x 19 mm), stérile, usage unique	unité	15
23	Boîte de sécurité pour seringues/aiguilles usagées, 5 litres	unité	4
24	Bandage de gaze, 8 cm x 4 m, emballé individuellement	unité	24
25	Coton 500g, rouleau, non stérile	unité	5
26	Ruban adhésif, oxyde de zinc, 2,5 cm x 5 m	unité	20
27	Compresse, gaze, 10x10cm, non stérile.	unité	300
28	Gants d'examen, nitrile, grand, usage unique	unité	400
29	Gants, examen, nitrile, moyen, usage unique	unité	700
30	Gants, examen, nitrile, petit, usage unique	unité	400
31	Gants, chirurgicaux, 6.5, stérile, usage unique	unité	10
32	Gants, chirurgicaux, 7.5, stérile, usage unique	unité	40
33	Gants, chirurgicaux, 8.5, stérile, usage unique	unité	10
34	Savon de toilette, barre approx. 110g, emballé	unité	250
35	Tube, aspiration / alimentation, CH12, L125 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	2

36	Tube, aspiration / alimentation, CH16, L125 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	2
37	Tube, alimentation, CH05, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	5
38	Tube, alimentation, CH08, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	5
39	Tube, alimentation, CH12, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	3
40	Tube, alimentation, CH16, L40 cm, embout Luer, stérile, usage unique	unité	12
41	Seringue, alimentation, 50 ml, embout Cathéter, stérile	unité	20
42	Seringue, alimentation, 50 ml, embout Luer, stérile	unité	100
43	Seringue, usage unique, 10 ml, stérile	unité	10
44	Écouvillon de culture, gélose Cary-Blair, écouvillon unique	unité	10
3. MODULE EQUIPEMENT - PERIPHERIE			
45	Balance, électronique, mère et enfant, 150kg x 100g	unité	1
46	Balance, électronique, infantile (seulement), 25kg x 100g	unité	1
47	Glucomètre (modèle de poche utilisant des bandelettes de test, utilisables par le patient, résultats sous 5 secondes)	unité	1
48	Bandelettes de test pour glucomètre	unité	100
49	Rasoir, sécurité, usage unique	unité	10
50	Ciseaux, Deaver, 140 mm, droit, tranchant / émoussé	unité	2
51	Pince, artère, Kocher, 140 mm, droite	unité	2
52	Bassin, rein, acier inoxydable, 825 ml	unité	2
53	Plateau, dressing, acier inoxydable, 300 mm x 200 mm x 30 mm	unité	5
54	Attelle, type Carmer, métallique, pliable, bras (pour adultes)	unité	3
55	Attelle, type Carmer, métallique, pliable, bras (pour enfants)	unité	3
56	Tourniquet, caoutchouc naturel, 75 cm	unité	5
57	Stéthoscope, binaural, complet	unité	2
58	Sphygmomanomètre, (adulte), anéroïde	unité	2
59	Sphygmomanomètre, (enfant), anéroïde	unité	5
60	Brosse, main, gomme, plastique	unité	2
61	Sac mortuaire, taille adulte 250x120cm, qualité extra forte avec 6 anses, adapté pour glisser, avec fermeture éclair sur le côté, couleur blanche. (300 microns)	unité	5
62	couverture d'aluminium, 220x160cm, couverture de survie, pour adultes, polyester métallisé or / argent, pour éviter les pertes de chaleur.	unité	5
4. MODULE LOGISTIQUE - PERIPHERIE			
63	Lit de choléra avec trou de 7 "dans le pont en nylon, taille ouverte 66cm x 183cm x 38cm	unité	5
64	Bidon de 10l avec robinet pour désinfection (pliable)	unité	16
65	Fût de 125l avec couvercle pour solutions chlorées + vannes (Conteneur + Couvercle, 125l, plastique de qualité alimentaire, empilable (Code MSFE CWATCON12L), HDPE (polyéthylène haute densité), résistant aux UV, de qualité alimentaire, 2 poignées latérales, couvercle, avec robinet)	unité	3
66	Bidon de 10l avec robinet pour SRO (pliable)	unité	8
67	Corde (pour suspendre les sacs de perfusion et les dossiers médicaux) x 100m	unité	2
68	Balai avec poignée	unité	4
69	Poubelle en plastique avec couvercle	unité	8
70	Gants en caoutchouc (paire)	unité	20
71	Bassin pour recueillir l'eau (seau, 14 l, plastique de qualité alimentaire, empilable)	unité	4

72	Gobelets en plastique 250 ml - multi-usage, plastique, gradué, avec poignée	unité	25
73	Assiettes en plastique - multi-usage, assiette profonde, plastique de qualité alimentaire, diamètre 22 cm	unité	25
74	Cuillères en plastique - multi-usage, Cuillère, soupe, qualité plastique alimentaire, 15 ml	unité	25
75	Seaux gradués à l'intérieur de 12 L (3 par lit)	unité	45
76	Couverture, de survie, 220x140cm	unité	30
77	Pagne	unité	20
78	Désinfectant (NaDCC) contenant 1 kg - granulés, pot, forme déshydratée, 55-57	unité	5
79	Tablier, réutilisable - taille universelle - tablier non tissé robuste, tablier droit avec bavette, Tissu: 100% polyester avec revêtement PVC, ou 100% PVC, ou 100% caoutchouc, ou autre matériau résistant aux fluides, imperméable à l'eau, sangle cousue pour la fixation du cou et du dos	unit	10
80	Pulvérisateur 12 L, IK 12 BS	unité	4
81	Filet de sécurité en plastique - 1m de haut, filet, marquage des limites, 1 x 50 m, rouleau	unité	3 rolls
82	Testeur	unité	2
83	Comprimés de test de chlore DPD1	unité	200
84	Comprimés de test de chlore DPD3	unité	20
85	Comprimés rouge phénol, pour l'analyse du chlore	unité	20
86	Bottes en caoutchouc - petites	unité	1
87	Bottes en caoutchouc - moyennes	unité	2
88	Bottes en caoutchouc - grandes	unité	2
89	Tenues chirurgicales (pantalons et chemises) – petites, tissés, réutilisables, portés sous	unité	3
90	Tenues chirurgicales (pantalons et chemises) – moyennes, tissés, réutilisables, portés sous	unité	10
91	Tenues chirurgicales (pantalons et chemises) – grandes, tissés, réutilisables, portés sous	unité	5
92	Sacs d'incinération biohazard jaunes 90x70cm	unité	100
93	Lampes (énergie solaire ou électrique)	unité	4
5. MODULE DOCUMENTS & PAPETERIE			
94	Note d'information (anglais & français)	unité	2
95	Notebook pour transmission (tours)	unité	5
96	Stylos	unité	10
97	Calculatrice (solaire)	unité	1
98	Marqueur, permanent	unité	10
99	Registre	unité	1
100	Fiches patient	unité	100
101	Gestion des épidémies de diarrhées aiguës (anglais)	unité	5
102	UNICEF Cholera Toolkit (français & anglais)	unité	2
103	Formulaires prédéfinis sur la façon d'évaluer l'état d'hydratation (français et anglais)	unité	1
104	Tableaux standards prêts avec protocoles de réhydratation (français et anglais)	unité	1
105	Matériels IEC (tableaux) from UNICEF	unité	1
106	Matériel IEC (affiche d'information) de l'UNICEF	unité	1

ANNEXE 3 / KIT CHOLÉRA LISTE DES ARTICLES – NIVEAU COMMUNAUTÉ

CHOLÉRA COMMUNAUTÉ KIT, PRO		PRÉSENTATION PRÉFÉRÉE	QUANTITÉ NÉCESSAIRE PAR KIT
100 patients			
Item	Description	Unité	Quantité
1. MODULE MÉDICAMENTS - COMMUNAUTÉ			
1	SRO (sels de réhydratation orales)	sachet	1000 sachets
2	Sulfate de zinc, comprimés dispersibles 20 mg	tablet	300 comprimés
2. MODULE KIT PRO - COMMUNAUTÉ			
3	Cahier, couverture rigide A5	unité	1
4	Stylo à bille bleu	unité	5
5	Gobelets en plastique 250 ml - multi-usage, plastique, gradué, avec poignée	unité	40
6	Gobelet en plastique 500 ml, sans poignée	unité	40
7	Cuillères en plastique - multi-usage, Cuillère, soupe, qualité plastique alimentaire, 15 ml	unité	20
8	Cruche, plastique 1L avec bec et poignée	unité	7
9	Filtre en céramique à boîtier en plastique (fairey)	unité	1
10	Seau, plastique, 14L avec couvercle à clip et robinet de sortie (type Oxfam)	unité	7
11	Jerrican, pliable, 10 L, plastique de qualité alimentaire, bouchon à vis 50 mm	unité	2
12	Savon, toilette, barre d'environ 110 g, enveloppé	100g	100
13	Comprimé de purification de l'eau (NaDCC 67 mg)	tablet	400
14	tablet	each	100
15	Seringue, usage unique, 10 ml, stérile	chaque	200
16	Gants, examen, nitrile, moyen, usage unique	unité	5
17	Cuillère, en bois, en remuant, 30cm	unité	2
18	Corde, nylon, diam. 3 mm, tressé,	5 meters	2
19	Brosse, gommage, brosse à main	unité	2
3. DOCUMENTS			
20	Note d'information (anglais et français)	unité	2
21	Formulaires prédéfinis sur la façon d'évaluer l'état d'hydratation (français et anglais)	unité	1
22	Tableaux standards avec protocoles de réhydratation (français et anglais)	unité	1
23	Matériel IEC (paperboard) de l'UNICEF	unité	2
24	Matériel IEC (affiche d'information) de l'UNICEF	unité	1
25	Manuel de traitement de l'eau de la maison IFRC	chaque	1
26	Ligne directrice des bénévoles de la communauté PRO - Lutte contre les épidémies pour les bénévoles	chaque	1

ANNEXE 4 / KIT CHOLÉRA LISTE DES ARTICLES – LABORATOIRE

CHECKLIST CHOLÉRA LABORATOIRE (POUR 100 ÉCHANTILLONS)		PRÉSENTATION PRÉFÉRÉE	QUANTITÉ NÉCESSAIRE PAR KIT
Item	Description	Unité	Quantité
1	Eau peptonée alcaline (APW)		4
2	Gélose fer Kligler, 500 g		4
3	Gélose MacConkey sel, 500 g		4
4	Gélose MacConkey sans sel, 500 g		4
5	TCBS Medium, 500 g		4
6	Gélose fer triple sucre, 500 g		4
7	Gélose lysine fer		4
8	Vibrio Cholerae Antisera O139 Bengal, 2 ml		4
9	Vibrio Cholerae Antisera O1 Inaba, 2 ml		4
10	Vibrio Cholerae Antisera O1 Ogawa, 2 ml		4
11	Vibrio Cholerae Antisera Polyvalent As, 2 ml		4
12	Mueller Hinton pour les tests de sensibilité Drig		1
13	Disques d'antibiotiques (5 disques pour chaque antibiotique: ampicilline, tétracycline, nitrofurantine, triméthoprim / sulfaméthoxazole, chloramphénicol, ciprofloxacine, acide nalidixique)		250 disques pour chaque antibiotique

ANNEXE 5 / KIT CHOLÉRA LISTE DES ARTICLES – INVESTIGATION

KIT INVESTIGATION CHOLÉRA		PRÉSENTATION PRÉFÉRÉE	QUANTITÉ NÉCESSAIRE PAR KIT
Item	Description	Unité	Quantité
1	Écouvillon de prélèvement d'échantillons, gélose Cary-Blair, écouvillon unique.	unité	10
2	Conteneur à matières fécales, 60 ml, diam 39 mm, avec bouchon à vis et cuillère Bio Pack II	unité	10
3	Test de diagnostic rapide du choléra: kits de test rapide Crystal VC Dipstick Cholera de 10 tests. La note doit indiquer: Contacter l'OMS pour référence du test recommandé	unité	5
4	Note d'information du patient (carte d'identité)	unité	10
5	Gants d'examen, taille grand, ambidextre, nitrile bleu	unité	10
6	marqueur permanent (à pointe fine)	unité	50
7	Pince à pansement, 13 cm, à ressort, pointes arrondies dentelées, qualité acier inoxydable	unité	1
8	Papier filtre, disque, non imprégné, Ø 6 mm	unité	1
9	Microtubes, 2ml, PP, capuchon plat, assemblé, stérile	unité	10
10	Chlorure de sodium 0,9%, ampoules en plastique de 10 ml BP.	unité	10
11	SAC, plastique, 10 cm x 10 cm	unité	10
12	Applicateur, 150x2,2 mm, bâton en bois, pointe en coton. BG / 100 1	unité	10
13	Écouvillon de prélèvement d'échantillons, gélose Cary-Blair, écouvillon unique.	unité	10

ANNEXE 6 / KIT CHOLERA LISTE DES ARTICLES – MATERIEL

KIT CHOLERA MATÉRIEL		PRÉSENTATION PRÉFÉRÉE	QUANTITÉ NÉCESSAIRE PAR KIT
Chaque module peut être commandé séparément			
Item	Description	Unité	Quantité
1. MODULE ABRI			
1	Tente 45 m ² - Tapis de sol PVC. Filet d'ombrage supplémentaire avec cadre	unité	3
2	Tente de 27,5 m ² - Tapis de sol PVC.	unité	2
2. MODULE EAU			
4	Kit réservoir d'eau, 5 m3, flexible 1 acc.2 "DIN50	unité	4
5	Module, distribution d'eau, 2 rampes x 6 robinets	unité	3
6	Module flexibles supplémentaires, 2 "DIN 50 + raccord	unité	3
7	Testeur, testeur de piscine	unité	2
8	Test de chlore comprimés DPD1	unité	200
9	Test de chlore comprimés DPD3	unité	20
10	Comprimés rouge phénol, pour l'analyse du chlore	unité	20
3. MODULE ASSAINISSEMENT			
11	Dalles, 80 x 120cm, modèle plastique + couvercle	unité	6
12	Bâche plastique, blanc / blanc, 6 bandes, rouleau 4m (haut) x 60 m	unité	3
4. MODULE MOBILIER			
13	Lit Choléra avec trou de 7 "dans le pont en nylon, taille ouverte 66 cm x 183 cm x 38 cm	unité	15
14	Lampes solaires (lanterne rechargeable)	unité	25
5. MODULE CLOTURE			
15	Bâche plastique, blanc / blanc, 6 bandes, rouleau 4 x 60 m	unité	5

ANNEXE 7 / CARACTERISTIQUES KIT CHOLÉRA

DE	NOM	POIDS BRUT EN KG	VOLUME (M3)	SUPPLIERS	MONNAIE NATIONALE	VALEUR
GSM	1) KIT REFERENCE CENTRAL	1 634	6,142	MEG / IDA	USD	6 830,20
GSM	1.1 : Module médicaments - central	859,80	1,817	MEG / IDA	USD	1 415,58
GSM	1.2 : Module renouvellement consommables -central	99,60	0,391	MEG	USD	681,04
GSM	1.3 : Module équipement - central	21,20	0,065	MEG	USD	501,15
GSM	1.4: Module logistique - central	635,00	3,800	MEG / IDA	USD	4 207,79
GSM	1.5 : Module documents & papeterie - central	18,00	0,069	MEG / IDA	USD	24,64
GSM	2) KIT PERIPHERIE	997,90	4,098	MEG / IDA	USD	4 532,20
GSM	2.1 : Module médicaments - peripherie	454,30	0,972	MEG / IDA	USD	822,86
GSM	2.2: Module renouvellement consommables -peripherie	87,60	0,357	MEG / IDA	USD	470,00
GSM	2.3: Module équipement - peripherie	18,00	0,100	MEG / IDA	USD	361,78
GSM	2.4: Module logistique - peripherie	420,00	2,600	MEG / IDA	USD	2773,88
GSM	2.5: Module documents & papeterie - peripherie	18,00	0,069	MEG / IDA	USD	103,68
GSM	3) KIT COMMUNAUTE	74,00	0,297	MEG / IDA	USD	324,60
GSM	3.1: Module médicaments - communautaire	36,00	0,072	MEG / IDA	USD	77,13
GSM	3.2: Module kit pro - communautaire	35,00	0,202	MEG / IDA	USD	226,00
GSM	3.3: Module documents	3,00	0,023	MEG / IDA	USD	21,56
GSM	5) KIT INVESTIGATION	11,00	0,072	MEG	USD	487,00
GSM	6) KIT MATERIEL	2 825,00	12,668	MEG	USD	33 577,41
GSM	6.1 Module abri	1 195,00	5,902	MEG	USD	12 377,37
GSM	6.2 Module eau	915,00	3,060	MEG	USD	14 872,00
GSM	6.3 Module assainissement	180,00	0,806	MEG	USD	919,74
GSM	6.4 Module support solide	325,00	2,300	MEG	USD	4 496,30
GSM	6.5 Module cloture solide	210,00	0,600	MEG	USD	912,00
GSM	4) KIT/ CHECKLIST LABORATOIRE	15,00	0,005	DEBEN	USD	1 765,38
GSM	KIT CHOLÉRA - COMPLET	5 556,50	23,282			47 516,79

Note: l'information sur les volumes, poids et coûts peuvent varier, pour des informations à jour consulter le Cholera Kit Calculator

ANNEXE 8 / LIEN DESCRIPTION D'EMPLOI

CTC OU UTC

- Coordinateur (CTC)
- Infirmier (CTC)
- Infirmier auxiliaire (CTC)
- Docteur (CTC)
- Responsable pharmacie (CTC)
- Agent de nettoyage (CTC)
- Porteur de civière (CTC)
- Promoteur de Santé (CTC)

PRO (LE JOUR SEULEMENT)

- Infirmière ou agent de santé (PRO)
- Promoteur de la santé (PRO)
- Aide à la logistique, à l'eau et à l'assainissement (PRO)
- Agent de nettoyage (PRO)

PERSONNEL SUPPORT

- Superviseur logistique, eau et assainissement (CTC)
- Assistant eau et assainissement (CTC)
- Préparateur d'eau potable et de solution de chlore (CTC)
- Opérateur de zone de traitement des déchets (CTC)
- Personnel de blanchisserie (CTC)
- Porteur d'eau (CTC)
- Assistant logistique (CTC)
- Gardien de magasin (CTC)
- Cuisinier et assistant (CTC)
- Garde (CTC)

2G

QUEL PROTOCOLE POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DU CHOLÉRA ?

- > 2G1 - PRISE EN CHARGE DES CAS - PROCÉDURES INITIALES
- > 2G2 - REHYDRATION ORALE – PLAN A ET B
- > 2G3 - REHYDRATATION INTRA VEINEUSE – PLAN C
- > 2G4 - RETABLISSEMENT ET SORTIE DU PATIENT



OBJECTIF GÉNÉRAL

Réduire la mortalité, grâce à une gestion adéquate des cas dans les centres de traitement du choléra



DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- 1 - Admettre les cas au CTC/CTU, suivant les protocoles établis et en facilitant le travail du reste de l'équipe dans la zone d'hospitalisation,
- 2 - Identifier/gérer les cas de déshydratation sévère et de choc en cas d'urgence.



RESPONSABILITÉ

L'équipe d'admission, dirigée par le superviseur clinique.
Supervision générale : RP Choléra, CTC/CTU Superviseur.



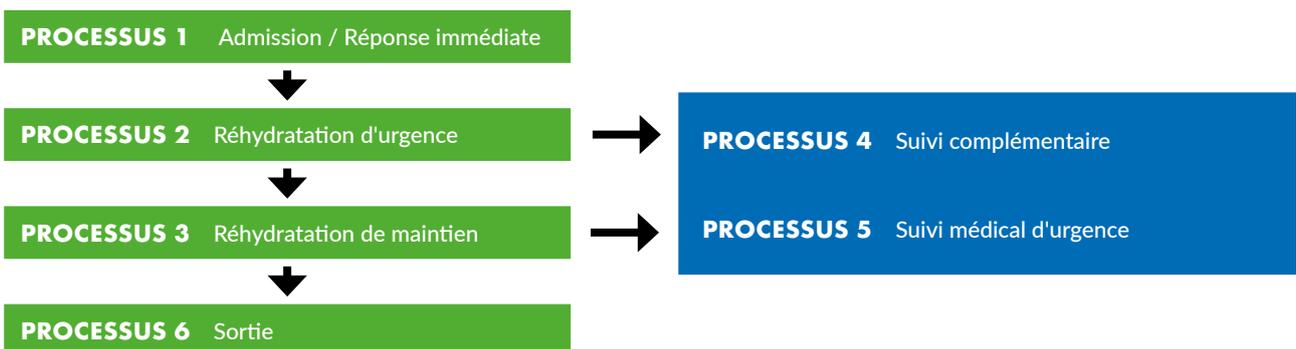
LIEU D'EXÉCUTION

Espace d'accueil/admission pour les procédures régulières
Zone d'urgence (si elle est disponible) pour le protocole de réponse immédiate

> 2G1 PRISE EN CHARGE DES CAS - PROCÉDURES INITIALES

QUEL EST LE PRINCIPE ?

FIGURE 1: PROCESSUS DE GESTION DES CAS DE CHOLÉRA



- Dans la figure 1, les six processus proposés dans cette série pour la gestion des cas de choléra peuvent être identifiés
- Dans cette première fiche de la série, nous nous concentrons sur les procédures initiales : Admission et Triage / Réponse immédiate. Le reste des procédures sera ensuite abordé dans d'autres procédures de fonctionnement standard de cette série.
- Un triage adéquat et une réponse immédiate sont essentiels pour réduire la mortalité, en particulier dans les contextes où le ratio *nombre de cas/ressources humaines* peut parfois être insuffisant.. Il doit disposer d'une équipe d'admission capable de distinguer de manière appropriée les cas graves et les cas légers et, si nécessaire, de fournir avec compétence des soins vitaux, tels que la réhydratation urgente par choc ou la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), qui peut faire la différence entre la vie et la mort pour de nombreux patients. Le triage et la réponse immédiate devraient donc être le premier mécanisme permettant de réduire le taux de mortalité à la CTC/CTU.
- En outre, un mécanisme de triage adéquat peut apporter un soutien aux équipes d'hospitalisation, grâce à un transfert interne correct des cas en fonction de leur gravité (par exemple, des patients du plan C vers la zone C, etc.) et en stabilisant les patients, et en leur fournissant le type de traitement dont ils ont besoin, avant de les envoyer dans la zone d'hospitalisation.
- Enfin, les données enregistrées dans le registre d'admission et le format de suivi seront examinées après la sortie des patients, ce qui est essentiel pour l'élaboration de statistiques fiables, qui seront ensuite la pierre angulaire pour planifier et réaliser une réponse appropriée, en fonction de l'ampleur de l'épidémie.

QUELLES SONT LES COMPOSANTES ?

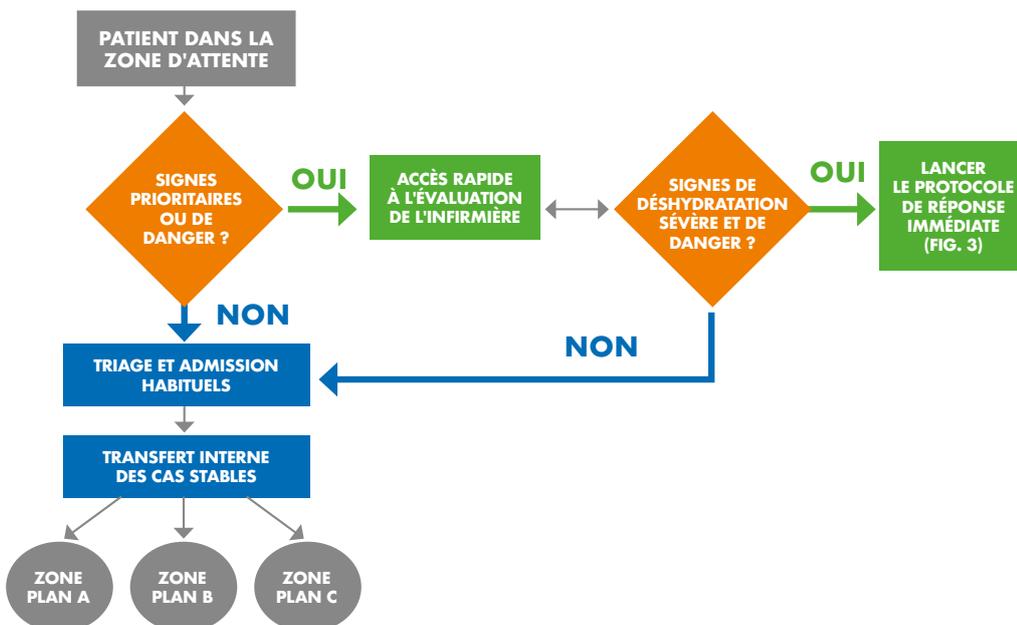
ADMISSION ET TRIAGE

Cette composante du processus d'admission garantit que tous les cas potentiels seront rapidement évalués afin de vérifier :

- 1) s'il s'agit réellement de cas suspects de choléra qui devraient être admis au CTC/CTU,
- 2) quel est leur degré de déshydratation,
- 3) quel traitement ils recevront
- 4) la présence de conditions particulières définissant la nécessité d'une prise en charge complémentaire.

Un effort particulier doit être fait pour s'assurer que le patient est évalué selon l'ordre d'arrivée (par exemple en distribuant des jetons numérotés ou en organisant la file d'attente de manière pratique). Toutefois, les patients devraient être informés des procédures accélérées pour les cas présentant des signes de priorité, des signes de danger et d'autres cas urgents (afin d'éviter d'autres protestations si un cas comme celui-ci est découvert) et le personnel devrait vérifier en permanence si les patients en attente dans la file d'attente présentent ces caractéristiques. Dès qu'un cas présentant des signes de danger ou de priorité est détecté, ce patient doit être acheminé en procédure accélérée vers la zone d'admission (voir annexe 1). En outre, le personnel de la porte d'entrée devrait être formé pour identifier les signes de danger et accélérer l'évaluation de ces cas graves par le personnel médical (voir figure 2).

FIGURE 2. PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE POUR LES PATIENTS LORS DE L'ADMISSION



Lorsqu'un patient arrive dans la zone d'admission, vérifiez s'il répond aux critères d'admission nécessaires avant de l'admettre. Considérez que ces critères d'admission varient d'un pays à l'autre (voir les critères de l'OMS dans le tableau 1). Si un patient ne répond pas à ces critères, expliquez-lui la situation, en lui donnant une brève éducation sanitaire et en l'informant du moment où il doit revenir chercher de l'aide.

TABLEAU 1. CRITÈRES D'ADMISSION AU CTC/CTU

Plus de trois selles liquides par jour (en quantité moyenne ou importante, pas nécessairement de l'eau de riz).
La fièvre et les vomissements sont facultatifs (les patients peuvent les avoir ou non).
Les patients ayant des selles non aqueuses ou moins de 3 selles par jour ne doivent pas être admis au CTC/CTU.

Les cas sélectionnés pour être admis qui répondent aux critères d'admission ci-dessus et qui ne présentent pas de signes de choc doivent faire l'objet d'un entretien médical/examen physique simplifié et :

- évaluation générale et collecte de données personnelles. Tous les enfants de moins de 12 ans doivent être pesés (pour la réhydratation et la prescription d'antibiotiques).
- Evaluation de la réhydratation (en utilisant l'outil fourni par les autorités nationales, ou l'outil indiqué sur le POS "Réhydratation...")
- En plus des évaluations précédentes, les enfants de moins de 5 ans ont besoin d'une évaluation nutritionnelle pour exclure une malnutrition aiguë sévère. Si l'enfant est malnutris aiguë sévère (MAS), il convient de coordonner la procédure de réhydratation des enfants MAS.
- Une vérification de la présence de conditions spéciales comme : Femmes enceintes, patients âgés (plus de 65 ans), patients présentant des comorbidités : maladies cardiaques, diabète, autres conditions débilatantes.

Dans tous les cas, immédiatement après la décision d'admission, il faut procéder à l'enregistrement du cas, en suivant le modèle de livre d'admission fourni par le ministère de la santé ou l'OMS. N'oubliez pas : Ne laissez aucun espace vide dans le registre, en remplissant toutes les informations requises.

RÉPONSE IMMÉDIATE

Les patients présentant des signes de choc (voir tableau 2) doivent être immédiatement emmenés dans la zone d'urgence, idéalement à côté ou à l'intérieur de la zone de réception.

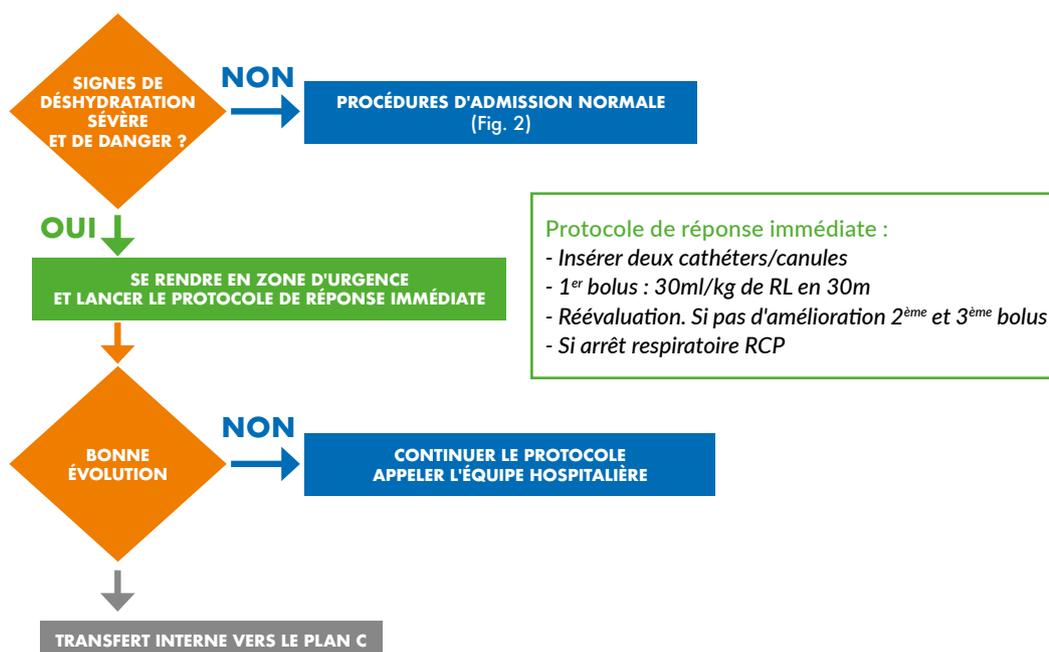
TABLEAU 2. SIGNES DE CHOC EN CAS DE DÉSHYDRATATION SÉVÈRE

Signes de déshydratation sévère plus :

- Tension artérielle "basse" (TA <70/50) ou pas de TA du tout.
- Pulsation faible ou non perceptible.
- Perte de conscience ou perte du niveau de conscience.
- Les extrémités froides.
- La recoloration capillaire dure 3 secondes ou plus.

Si les infirmier-es d'admission ont les compétences adéquates, le protocole d'intervention immédiate, décrit à l'annexe 2, doit être déployé (voir figure 3). Sinon, un infirmier de l'équipe d'hospitalisation doit être appelé pour aider à la gestion de l'urgence. Si le patient répond à la thérapie, son état général doit être évalué toutes les 5 minutes et, une fois stabilisé, il sera transféré dans la zone d'hospitalisation. Si son état général ne s'améliore pas dans les 30 minutes, l'équipe d'hospitalisation doit être appelée pour évaluer le cas et prendre d'autres décisions.

FIGURE 3. LANCEMENT / EXÉCUTION DU PROTOCOLE DE RÉPONSE IMMÉDIATE



À l'exception des données essentielles (nom, âge, poids chez les enfants, etc.), le registre ne doit être complété qu'après avoir stabilisé le patient. Après l'enregistrement du cas, le patient peut être envoyé dans la zone d'hospitalisation /Plan C.

Toutes les procédures effectuées dans la zone d'urgence (insertion de cathéters, interventions de réanimation, etc.) doivent être enregistrées dans le format de surveillance. S'il n'existe pas de directives nationales en ce sens, utilisez le modèle fourni à l'annexe 3 pour définir le format de surveillance.

TRANSFERT INTERNE DES CAS

- Après avoir terminé l'entretien médical simplifié/l'examen physique et l'enregistrement, les cas doivent être transférés dans les zones de plan A, B ou C, en fonction de la conclusion de l'évaluation (voir figure 2). Comme indiqué précédemment, seuls les patients présentant une déshydratation sévère et des signes de choc commenceront à se réhydrater dans la zone d'admission. Tous les autres cas seront envoyés dans leurs zones respectives, et la réhydratation y sera lancée.
- Dans la mesure du possible, la première partie du format de suivi, concernant les informations personnelles et cliniques, et la première colonne de l'évaluation (montrant la situation du patient à l'arrivée) doivent être complétées au cours du processus d'admission (plans B et C uniquement).
- Transférer le patient, dans la zone respective (zone du plan A, B ou C), en envoyant les patients avec une infirmière auxiliaire, pour éviter qu'ils aient du mal à trouver leur chemin, et en prenant le format de suivi (annexe 2) partiellement rempli.

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS ?

ÉTAPE 1 (dans la zone d'attente)

Processus d'admission organisé pour évaluer les patients à leur arrivée, mais donnant la priorité aux urgences. Vérifier régulièrement les cas présentant des signes de danger ou de priorité, et activer les procédures d'intervention immédiate si nécessaire.

ÉTAPE 2 (dans la zone d'urgence)

Déployer la procédure d'intervention immédiate (annexe 3) en fonction des besoins des patients et des capacités de l'équipe. Si l'équipe d'admission n'est pas en mesure de la développer, appelez l'équipe d'hospitalisation.

ÉTAPE 3 (dans la zone d'admission)

Les cas non urgents font l'objet d'un entretien médical simplifié et d'un examen physique pour évaluer le type de déshydratation, la grossesse ou l'état de personne âgée ou d'autres conditions médicales.

ÉTAPE 4 (dans la zone d'admission)

Tous les enfants de moins de 5 ans doivent être évalués à l'aide du MUAC pour identifier les enfants MAS. Si tel est le cas, ces enfants doivent bénéficier d'une procédure spéciale de réhydratation des enfants MAS.

ÉTAPE 5 (dans la zone d'admission)

Les données principales doivent être enregistrées de manière appropriée dans le registre, et idéalement le registre du formulaire de suivi rempli doit être lancé, ce qui facilite le travail d'hospitalisation.

ÉTAPE 6 (dans la zone d'urgence)

Les cas d'intervention immédiate (avec signes de choc), ne seront pas envoyés dans la zone d'hospitalisation immédiatement, mais après stabilisation. Les autres cas seront transférés après l'évaluation médicale et l'enregistrement.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Document de positionnement d'ACF sur les épidémies
- Boîte à outils de l'UNICEF sur le choléra, chapitre 8 "[Gestion des cas et contrôle des infections in health installations et sites de traitement](#)".
- Gestion par MSF d'une épidémie de choléra

ANNEXE 1 / SIGNES DE DANGER ET CRITÈRES DE PRIORITÉ

SIGNES DE DANGER :

- Affection neurologique :** Léthargie (la personne a une tendance à dormir mais se lève après un stimulus verbal ou physique) ou coma (pas de réponse)
- Affection circulatoire :** Pouls faible ou absent. Tension artérielle basse (pas de TA, TA <70/50) ou autre choc ou pouls faible/non perceptible. Chez les enfants de moins de 5 ans, la tachycardie (pouls > 180 dans 0-12m, >140 12- 36m, >140 chez les enfants >36m) est un signe précieux.
- Affection respiratoire :** Respiration rapide, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans (> 60 en 0-2m, >50 2- 12m, >40 chez les enfants >126m), ou cyanose ou halètement.

CRITÈRES DE PRIORITÉ

- Âge :** < 1 an ou > 65 ans.
- Symptômes :** Patients présentant de la fièvre ou des vomissements ou tout autre signe pouvant entraîner une détérioration rapide.
- Conditions particulières :** Femmes enceintes, personnes souffrant d'un handicap physique ou mental.

ANNEXE 2 / PROTOCOLE DE RÉPONSE IMMÉDIATE

- Insérer immédiatement deux cathéters / canules chez les patients adultes (en fonction du poids, souvent un seul est nécessaire chez les enfants).
- Administrer le premier bolus : 30ml/kg le plus rapidement possible (en 30 minutes)
- Si les signes de danger persistent, donner un autre bolus (30ml/kg). Si le patient constate une bonne évolution, répétez le même bolus pour la troisième fois.

À un moment donné, les signes de danger devraient s'inverser (pouls fort et facilement perceptible, la conscience est rétablie, etc.) et ensuite, des recommandations pour le suivi des patients et le développement ultérieur d'un transfert interne (vers la zone d'hospitalisation) devraient être mises en œuvre.

- Si à un moment donné, un patient cesse de respirer, l'équipe d'admission doit commencer la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) selon les protocoles acceptés et appeler l'équipe d'hospitalisation pour obtenir du soutien.

ANNEXE 3 / MODÈLE DE FORMAT DE SURVEILLANCE

(à utiliser s'il n'existe pas de protocole national incluant ce contenu)

Nom de l'établissement :		Date d'admission :	Heure :	Numéro/code :
Nom du patient	Le sexe :	/ /	L'âge :	Quartier/Villg :
			Poids :	
Histoire	Consciente ?	Plan A Suivi (Toutes les 2 heures)	Temps->	
Tension artérielle	A commencé :		Pouls :	
Pulse par min	La diarrhée des numéros :		Diarrhée	
Pas de pouls/faible/fort	Tapez diarrhée :		Vomissements	
SAM enfants (O/N)	Vomis ?		SRO planifié	
MUAC (cms.)	Autres signes :		SRO reçu	
Hospitalisation/ Plan B-C				
Date->				
Temps->				
Tension artérielle				
Pouls par min				
Pas de pouls /faible/fort				
Diarrhée (Temps)				
Vomissements (temps)				
Urine (temps)				
Température				
Taux de respiration				
Plan (dans cette période)				
Changer de motif (si changé)				
Ringer Planifié				
Ringer reçu				
SRO planifié				
SRO reçu				
Autre diagnostic :			Médicaments	

> 2G2 REHYDRATION ORALE – PLAN A ET B

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- La **réhydratation** est l'**élément essentiel du traitement** du choléra. Elle a pour objectif de **reconstituer l'eau et les électrolytes** perdus pendant la diarrhée et les vomissements.
- Sans traitement, le choléra peut tuer jusqu'à 50% des patients. On estime également que 70% des cas de choléra développent une diarrhée légère à modérée et nécessitent uniquement un traitement oral. Les sels et électrolytes de réhydratation orale, s'ils sont administrés en temps opportun et en volumes adéquats, **moins de 1% des patients périront**. Les solutions de réhydratation orale ne peuvent pas influencer le processus infectieux, mais elles corrigent la déshydratation et sauvent ainsi des vies.
- Selon l'OMS, il n'y a **pas de contradiction** à mettre des **kits de SRO à la disposition des ménages** et du personnel non médical en dehors des établissements de santé. Au contraire, la mise à disposition de SRO au niveau des ménages et de la communauté **peut éviter des décès inutiles** et contribuer à diminuer les taux de létalité, en particulier dans les régions à faibles ressources.
- La réhydratation orale est une **arme simple et économique** pour lutter contre la déshydratation liée au choléra.
- Selon le degré de déshydratation et le besoin de réhydratation - déshydratation légère, moyenne et sévère, les patients sont subdivisés respectivement en plan A, B et C. Les patients dans la zone du **Plan A** du CTC doivent être **soigneusement observés** afin de vérifier que l'état du patient ne se **détériore** pas, auquel cas il **passé immédiatement au Plan B**. Si des symptômes tels que des vomissements persistent, il faut changer immédiatement le traitement du patient vers le plan B
- Par conséquent, la **première priorité** dans la prise en charge d'un cas de choléra doit toujours être de **traiter ou de prévenir la déshydratation** avec des fluides de réhydratation appropriés.
- La thérapie de réhydratation mentionnée ci-dessous est réservée aux adultes et aux enfants sans malnutrition aigüe sévère.

QUELLES SONT LES COMPOSANTES ?

Le traitement d'un patient atteint de choléra comporte principalement deux volets :

1 IDENTIFIER LE DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION :

L'évaluation du degré de déshydratation du patient déterminera le plan de traitement. Reportez-vous au tableau 1 ci-dessous pour une description détaillée.

2 RÉHYDRATER EN FONCTION DU DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION :

Cette composante est mise en œuvre en deux phases en fonction du niveau de déshydratation.

a. Phase de réhydratation – vise à corriger le déficit hydrique initial estimé sur une période de temps définie. Une fois la déshydratation corrigée, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus de signes de déshydratation, le patient entre dans la phase suivante.

b. Phase de maintien – vise à prévenir une rechute de déshydratation en poursuivant le remplacement oral systématique des pertes de liquide en cours jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.

3 DÉCIDER DE LA PROCHAINE ÉTAPE :

Une fois que le patient a atteint un niveau approprié de réhydratation et qu'il est tolère bien les fluides oraux, la prochaine étape de la prise en charge peut être engagée.

IDENTIFIER LE DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION

TABLEAU 1*: EVALUER LE DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION ET LES PLANS DE TRAITEMENT APPROPRIÉS POUR LE PATIENT SOUFFRANT DE CHOLÉRA

EXAMEN	EVALUATION	TRAITEMENT	ADMISSION AU UTC/CTC
Signes : <ul style="list-style-type: none"> • Éveillé et alerte • Pouls normal • Soif normale • Urine normalement • Les yeux ne sont pas enfoncés • La peau est normale quand on la pince 	Pas de déshydratation	PLAN A (Maintenir l'hydratation) 1) Phase de maintien	NON
Signes (au moins 2 parmi les suivants) : <ul style="list-style-type: none"> • Irritable ou agité • Pouls rapide • Augmentation de la soif (boit avec impatience) • Diminution de l'urine (chez les nourrissons et les enfants - diminution des larmes et fontanelles creusées) • Yeux enfoncés • La peau revient lentement après pincement 	Déshydratation légère	PLAN B (Réhydratation orale) 1) Phase de réhydratation 2) Phase de maintenance	OUI
Signes (au moins 2 parmi les suivants) : <ul style="list-style-type: none"> • Yeux enfoncés • Incapable de boire ou boit peu • La peau revient très lentement après pincement Signes de danger (si un ou plus sont présent parmi les suivants) : <ul style="list-style-type: none"> • Léthargie ou inconscient • Pouls faible ou absent • Détresse respiratoire 	Déshydratation sévère	PLAN C (Réhydratation orale et intraveineuse) 1) Phase de réhydratation 2) Phase de maintenance	OUI

*Tableau 1 est adapté de the Global Task Force on Cholera Control (Section 7 - Case management in Treatment facilities) et du guide médical opérationnel de MSF sur la gestion des épidémies de choléra (Chapter 5 - Cholera case management) <https://www.choleraoutbreak.org/>

(Voir annexe 1 pour la description détaillée des signes). Note : Pour le traitement du plan C se référer à SOP 2.3

RÉHYDRATER EN FONCTION DU DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION:

Après avoir identifié le degré de déshydratation, réhydrater de manière appropriée en fonction du plan correspondant à l'état du patient.

PLAN A : RÉHYDRATATION ORALE POUR LES PATIENTS SANS SIGNES DE DÉSHYDRATATION

1. Garder le patient **en observation pendant 2-4 heures** pour s'assurer que la personne tolère la SRO.
 - Pendant l'observation et avant d'envoyer le patient à domicile, fournir des instructions claires pour les soins (se référer à l'annexe 2 for plus de détails sur les instructions de soins).
 - Conseiller au patient et / ou à son soignant de continuer à administrer des SRO après chaque selle molle et de consulter immédiatement un médecin si l'état du patient se détériore (vomissements répétés, augmentation du nombre de selles ou de sang dans les selles, ne bois pas assez / soif, fièvre, manque d'appétit, ou si le patient est agité).
2. Les patients **doivent prendre une SRO après chaque selle molle** pour maintenir leur niveau d'hydratation et ce tant que les diarrhées persistent.
 - Après chaque selle molle, donner les quantités suivantes de SRO (se référer à l'annexe 3 pour la description détaillée de la préparation SRO).

TABLEAU 2* : QUANTITÉ APPROXIMATIVE DE SRO À DONNER POUR MAINTENIR L'HYDRATATION ET LES CHEZ LES PATIENTS SANS SIGNES DE DÉSHYDRATATION

AGE	QUANTITÉ DE SRO APRÈS CHAQUE SELLE MOLLE	QUANTITÉ DE SRO NÉCESSAIRE
<24 mois	100ml	~ 500ML/ JOUR
2 - 9 ans	200ml	~ 1000ML/JOUR
≥ 10 ans	Autant que nécessaire	~ 2000ML/JOUR

*Tableau 2 est adapté du document du Center for Disease Control and Prevention (CDC), Training on Management of Cholera for Haiti, 2010 https://www.cdc.gov/cholera/pdf/trainingonmanagementofcholera_en.pdf

- Pour les enfants les plus âgés et les adultes, une bonne approximation du taux de réhydratation orale est de **100 ml de SRO toutes les cinq à dix minutes**.
- Les patients doivent continuer à manger normalement ou reprendre un régime normal dès que les vomissements cessent. Pour les nourrissons, il faut encourager la mère à continuer d'allaiter.

PLAN B : RÉHYDRATATION ORALE POUR LES PATIENTS AVEC DES SIGNES DE DÉSHYDRATATION

Les patients présentant des signes de déshydratation doivent être admis au CTU / CTC.

1. **En traitement initial**, administrer les SRO en fonction du poids du patient (75 ml / kg) au cours des 4 premières heures, comme indiqué dans le tableau 3 ci-dessous. L'âge du patient peut être utilisé lorsque le poids n'est pas connu ou difficile à évaluer.
2. **Surveiller le patient toutes les heures pendant les 2 premières heures** pour s'assurer que le SOR est pris de manière satisfaisante et pour détecter les patients souffrant de diarrhée continue abondante qui nécessiteront une surveillance plus étroite.
3. **Réévaluez l'état du patient après 4 heures** en utilisant le tableau 1 pour le degré de déshydratation.
 - S'il n'y a **aucun signe de déshydratation**, passez au Plan A pour maintenir l'hydratation en remplaçant les pertes de fluide en cours.
 - S'il y a des **signes de déshydratation**, répétez la procédure du plan B et commencez à offrir de la nourriture et d'autres liquides. Continuez à réévaluer le patient toutes les 4 heures jusqu'à ce que le degré de réhydratation du patient permette de le passer sous plan A.
 - Si des **signes de déshydratation sévère** apparaissent (rarement), réhydrater pour une déshydratation sévère (Plan C - voir SOP 2.3).

TABLEAU 3* : QUANTITÉ APPROXIMATIVE DE SRO À DONNER DANS LES 4 PREMIÈRES HEURES AUX PATIENTS AVEC SIGNES DE DÉSHYDRATATION

AGE	<4 mois	4-11 mois	12-23 mois	2-4 ans	5-4 ans	15 ans ou plus
POIDS	< 5 KG	5-7.9 KG	8-10.9 KG	11-15.9 KG	16-29.9 KG	≥ 30 KG
SOLUTION SRO	200-400ML	400-600ML	600-800ML	800-1200ML	1200-2200ML	2200-4000ML

*Tableau 3 est adapté de WHO, *Emerging and other communicable diseases, surveillance and control - Management of the patient with cholera* <https://www.who.int/csr/resources/publications/cholera/whocddser9115rev1.pdf>

4. DÉCIDER DES PROCHAINES ÉTAPES

Une fois qu'un niveau d'hydratation adéquat est stabilisé et que le patient est capable de se réhydrater lui-même avec ou sans l'aide d'un soignant, il est important de décider de la prochaine étape.

PATIENTS DANS LE PLAN A

- **Retour au domicile** – si l'état du patient s'améliore par rapport au moment de son arrivée au CTC. Donner les instructions de sortie appropriées à suivre à la maison. Conseiller sur la façon de respecter l'hygiène à la maison et dans les environs et sur le moment où il faut recourir à des soins en urgence.
- **Basculer sur le plan B** – si l'état du patient se détériore pendant la période d'observation. Ceci peut se produire en cas de mauvais maintien de l'hydratation et de persistance de vomissements ou de diarrhée.

PATIENT DANS LE PLAN B

- **Envoi dans ma zone de récupération** – si l'état du patient s'améliore depuis son arrivée au CTC, avec des signes visibles d'un état d'hydratation satisfaisant. Poursuivre l'observation du patient pour détecter toute détérioration de son état.
- **Basculer sur le plan C** – si l'état clinique initial du patient se détériore rapidement. Cela peut se produire lorsque les pertes de liquide en cours (diarrhée et vomissements) ne sont pas compensées de manière adéquate par les SRO.

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS ?

ACTIONS CLÉS POUR LE PLAN A :

↓ ÉTAPE 1 – Contrôler les signes vitaux du patient : pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire et température.

ÉTAPE 2 – Contrôler l'hydratation et réhydrater oralement.

ÉTAPE 3 – Surveillez fréquemment.

ÉTAPE 4 – Maintenir l'hydratation jusqu'à ce que la diarrhée cesse.

ÉTAPE 5 – Nourrir le patient

↓ ÉTAPE 6 – Faire sortir le patient quand il répond aux conditions de sortie (*se référer au SOP 2G4*)

ACTIONS CLÉS POUR LE PLAN B :

↓ ÉTAPE 1 – Contrôler les signes vitaux du patient : pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire et température.

ÉTAPE 2 – Contrôler l'hydratation.

ÉTAPE 3 – Réhydrater le patient en fonction de son niveau de déshydratation et contrôler fréquemment, puis réévaluer son niveau d'hydratation.

ÉTAPE 4 – Donner des antibiotiques quand le patient ne vomit plus et est en mesure de prendre un traitement oral.

ÉTAPE 5 – Maintenir l'hydratation jusqu'à ce que la diarrhée s'arrête.

ÉTAPE 5 – Nourrir le patient

↓ ÉTAPE 6 – Faire sortir le patient quand il répond aux conditions de sortie (*se référer au SOP 2G4*)

ANNEXE 1/ SIGNES PHYSIQUES

NIVEAU DE CONSCIENCE	Léthargie – un patient léthargique est un patient somnolent qui ne peut pas être complètement réveillé, même après une stimulation.
POULS	Il n'est pas nécessaire de déterminer la fréquence de battement. Vérifier si le pouls est palpable ou non et si le pouls est fort (facilement palpable) ou faible (difficile à palper)
RYTHME CARDIAQUE	En dehors de la fourchette normale pour la tranche d'âge, et en l'absence d'une autre pathologie expliquant l'anomalie
FRÉQUENCE RESPIRATOIRE	En dehors de la fourchette normale pour la tranche d'âge, et en l'absence d'une autre pathologie expliquant l'anomalie
TEMPÉRATURE	Le gradient de température entre le corps et les extrémités (mains et pieds froids)
REMPLISSAGE CAPILLAIRE	Un temps de remplissage capillaire > 3 secondes
YEUX ENFONCÉS	Les yeux enfoncés sont un signe de déshydratation. Il y a une perte de volume des tissus mous entraînant la chute des yeux dans leurs orbites, mais cela peut également être une caractéristique normale chez certains enfants. Par conséquent, demandez à la gardienne / mère de l'enfant si les yeux sont les mêmes que d'habitude ou plus enfoncés que d'habitude.
PINCEMENT DE LA PEAU	Ce test évalue la perte d'élasticité de la peau due à une diminution de la teneur en eau. Plus la pincée cutanée disparaît lentement, plus le degré de déshydratation est important. Le pincement de la peau est généralement évalué en pinçant la peau de l'abdomen entre le pouce et l'index, sans torsion.
SOIF	La soif n'est pas toujours un bon indicateur de déshydratation. Les patients gravement déshydratés et les personnes âgées peuvent ne pas avoir soif, même en présence de signes évidents de déshydratation. L'objectif est de déterminer si le patient est capable de boire, plutôt que le niveau de soif. Si le patient boit normalement, une réhydratation orale est indiquée et est susceptible de réussir. Ceux qui ont de la difficulté à boire auront besoin d'une surveillance étroite car la thérapie orale risque d'échouer, ce qui nécessitera un changement de protocole (par exemple, le passage à la réhydratation intraveineuse).
ESTIMATION DES PERTES DE FLUIDE EN COURS	Diarrhée et vomissements : N'essayez pas de mesurer le volume de la diarrhée et des vomissements, mais notez chaque épisode de diarrhée ou de vomissement au cours de la période. Le nombre de selles est utilisé pour estimer le volume à remplacer Les vomissements ne sont pas considérés comme du liquide à remplacer, mais doivent être suivis pour savoir si le patient peut (ou ne peut pas) retenir les SRO. Urine : La production d'urine n'est pas considérée comme une perte de liquide en tant que telle. Cependant, il est nécessaire de vérifier que le patient a uriné au moins une fois pendant ou à la fin de la phase de réhydratation.
COMPENSATION DES PERTES DE FLUIDE EN COURS	On estime que chaque selle devrait être compensé par 50 à 100 ml de SRO pour les enfants de moins de 2 ans; 100-200 ml de SRO pour les enfants de 2 à 10 ans et 200 à 250 ml de SRO pour les enfants > 10 ans et les adultes. Si le patient est incapable de boire, les pertes en cours doivent être compensées par voie intraveineuse

ANNEXE 2 / ÉDUCATION À LA SANTÉ ET PROMOTION DE L'HYGIÈNE :

PRÉVENTION DU CHOLÉRA AU DOMICILE :

Les recommandations suivantes décrivent la prévention de la transmission du choléra dans un ménage une fois qu'un membre de la famille a été diagnostiqué avec la maladie.

- Boire et utiliser de l'eau salubre (l'eau salubre est de l'eau en bouteille avec un bouchon intact, de l'eau qui a été bouillie ou traitée au chlore).
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau potable
- Utilisez des latrines ou enfouissez les selles en profondeur; ne déféquer dans aucun plan d'eau
- Faites bien cuire les aliments (en particulier les fruits de mer), gardez-les couverts, mangez-les chauds et épluchez les fruits et légumes.
- Nettoyez en toute sécurité - dans la cuisine et dans les endroits où la famille se lave et lave les vêtements.
- Si la diarrhée se développe ou s'aggrave, buvez du SRO et allez immédiatement à la clinique.
- La chimioprophylaxie des membres de la famille n'est pas recommandée.
- Encouragez le patient à envoyer des membres de sa famille ou des voisins au centre de traitement s'ils présentent des symptômes de choléra.

DEMANDEZ AU PATIENT OU À SON ACCOMPAGNANT DE CONSULTER IMMÉDIATEMENT SI L'UN DES SIGNES SUIVANTS SE DÉVELOPPE :

- Augmentation du nombre de selles aqueuses
- Mange ou boit insuffisamment
- Soif marquée
- Vomissements répétés

Ou si des signes indiquant d'autres problèmes se développent :

- Fièvre
- Sang dans les selles

LES MÈRES DEVRAIENT :

- Continuer à alimenter l'enfant (ou augmenter la fréquence des allaitements) pendant l'épisode et augmenter l'alimentation par la suite.
- Reconnaître les signes de déshydratation et conduire l'enfant au centre de santé dès que les signes apparaissent.
- Administrer quotidiennement 20mg de suppléments zinc pendant 10 - 14 jours (administrer 10mg par jour aux bébés de moins de 6 mois).

ANNEXE 3 / PRÉPARATION DES SRO :

Donnez des paquets de SRO à rapporter à la maison. Donnez suffisamment de paquets pour 2 jours. Les patients qui souhaitent plus de sachets de SRO que ce qui est prescrit devraient en recevoir autant qu'ils le souhaitent. Expliquez que la diarrhée du choléra fait perdre beaucoup de liquide au patient et que le SRO sert à remplacer cette perte de liquide. De plus, expliquez que le SRO n'arrête pas tout de suite la diarrhée, car il est probable que le patient / accompagnant considère cela comme un échec du traitement ; le SRO doit être pris jusqu'à l'arrêt de la diarrhée. Montrez comment préparer et donnez la solution. Indiquez que les SRO, une fois préparées, ne doivent pas être conservées plus de 12 heures à température ambiante ou jusqu'à 24 heures si elles sont réfrigérées. Après cela, une nouvelle solution doit être préparée.

PRÉPARATION D'UN LITRE DE SRO :

1. Lavez vos mains avec de l'eau propre et du savon
2. Versez le paquet entier de SRO dans un récipient propre (pot ou bouteille)
3. Mesurez 1 litre d'eau propre
4. Versez l'eau dans le récipient
5. Mélangez jusqu'à ce que les sels/la poudre soient complètement dissouts.

NOMBRE DE SACHETS DE SRO :

Donnez suffisamment de SRO pour 2 jours de traitement. Selon l'âge, 1 à 2 sachets de SRO suffiront par patient et par jour. Il peut être utile d'ajouter 2 sachets supplémentaires en cas de perte ou si il devient nécessaire de commencer un nouveau traitement pour un membre de la famille, en particulier si l'accès à un centre de traitement est difficile

VOLUME POUR DILUTION :

Les patients peuvent ne pas savoir comment mesurer 1 litre d'eau à la maison, et les solutions SRO sous-dosées ou surdosées sont fréquentes. Il faut donc s'assurer que la famille a les moyens de mesurer de façon précise le volume nécessaire à la préparation d'1 litre de SRO.

EXEMPLE :

- Indiquer sur une bouteille utilisée localement la quantité représentant 1 litre (ou)
- Fournir une bouteille d'un litre (si disponible) avec des sachets SRO (ou)
- Fournir une tasse de volume connu (par exemple 250 ou 500 ml), en expliquant qu'un sachet de SRO est mélangé dans deux tasses de 500 ml d'eau ou quatre tasses de 250 ml d'eau. Selon le contexte, les sachets de SRO peuvent être accompagnés de brochures illustratives

> 2G3 REHYDRATATION INTRAVEINEUSE – PLAN C

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- **Un pouls radial absent ou faible** indique **une urgence potentiellement mortelle**. Les patients présentant une **déshydratation sévère**, une stupeur, un coma, des vomissements incontrôlables ou une fatigue extrême qui empêchent de boire par voie orale doivent être **réhydratés par voie intraveineuse** afin de **rétablir une hydratation normale** dans les 3 à 6 heures.
- La réhydratation intraveineuse devrait être utilisée en dernier ressort. Il faut envisager de donner des liquides intraveineux uniquement lorsque le patient **répond aux critères du Plan C avec un niveau de déshydratation sévère** et lorsqu'une réhydratation orale n'est pas possible.
- Les patients sous le plan C devraient toujours être placés **sous étroite surveillance médicale** (voir annexe 1 pour plus de détails sur la surveillance patient). Il est important de mesurer la quantité de fluides intraveineux délivrés et mesurer le liquide perdu par la diarrhée et les vomissements.
- Dans de nombreux contextes, la réhydratation IV peut être considérée comme meilleure en raison du contexte culturel. Elle doit être traitée avec sensibilité en informant correctement le patient sur l'indication de l'hydratation IV, et en déployant des actions de sensibilisation appropriées.
- Note: **La réhydratation IV peut avoir des effets secondaires** comme la surhydratation et la congestion pulmonaire. Il faut être attentif aux signes d'excès de traitement avec la réhydratation IV.
- **La réhydratation IV dans les cas de choc** doit être traitée de manière agressive car les patients peuvent mourir ou développer des complications graves en quelques minutes. L'utilisation d'un protocole spécial pour de tels cas est recommandée

Remarque: le protocole suivant n'est **pas** destiné aux enfants.

QUELLES SONT LES COMPOSANTES ?

1 CONFIRMER UNE DÉSHYDRATATION SÉVÈRE VS. CHOC:

Différencier entre une déshydratation sévère et un choc est l'un des examens cliniques à effectuer avant tout autre, dès que le patient arrive à l'ETC. Lors de l'évaluation de son état, si un patient présente un signe de danger (léthargie ou inconscience, pouls absent ou faible, avec détresse respiratoire), il faut immédiatement commencer le traitement du Plan C car le patient est considéré comme étant en état de choc hypovolémique.

2 RÉHYDRATER EN FONCTION DU DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION:

Lorsque le patient répond aux critères de déshydratation sévère, commencer immédiatement la réhydratation IV. Au départ, deux intraveineuses peuvent être nécessaires pour le réhydrater. Une fois que le patient peut boire, administrer la solution de SRO par voie orale en plus de la perfusion intraveineuse. Surveiller attentivement tout signe de choc hypovolémique.

3 DÉCIDER DE L'ÉTAPE SUIVANTE:

Une fois le patient stabilisé ou décédé, l'étape suivante est automatiquement suivie.

1 CONFIRMER UNE DÉSHYDRATATION SÉVÈRE VS CHOC:

Suspecter une déshydratation sévère en cas de:

- Déshydratation actuelle ou sévère
- Diminution de la soif
- Apparition récente d'yeux enfoncés
- Diminution du débit urinaire

Suspecter un choc si le patient a un ou plusieurs des signes de danger suivants :

- Léthargie ou inconscience
- Pouls absent ou faible
- Détresse respiratoire (RR > 40cpm ou apnée de Kussmaul).
- Mains et pieds froids et moites (recharge capillaire > 3 secondes)

EXAMEN	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	ADMISSION À L'UTC/CTC
<p>Signes (au moins 2 parmi les suivants) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yeux enfoncés • Incapable de boire ou pas suffisamment • Pli cutané s'efface très lentement <p>Signes de danger (au moins un présent) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Léthargie ou état de conscience altéré • Pouls faible ou absent • Détresse respiratoire 	Déshydratation sévère	PLAN C (IV and Oral rehydration)	YES

② RÉHYDRATER SELON LE DEGRÉ DE DÉSHYDRATATION :

Pour la réanimation immédiate par voie intraveineuse, les solutions suivantes sont considérées comme la norme.

Solutions intraveineuses :

- **Meilleure solution** : solution Lactate de Ringer (RL)
- **Acceptable** : solution saline normale, glucose à 5% dans une solution saline normale ou une solution saline cholérique
- **Inacceptable** : solution de glucose (dextrose) ordinaire

Voir annexe 2 pour des conseils pratiques sur la réhydratation IV.

-  Le glucose ordinaire à 5% (dextrose) ne doit **jamais** être administré.

TABLEAU 1*: QUANTITÉ APPROXIMATIVE DE LACTATE DE RINGER (IV) À ADMINISTRER PAR GROUPE D'ÂGE ET PÉRIODE

AGE	DONNER 30ML/KG IV	PUIS DONNER 70ML/KG IV	TOTAL
Nourrissons (<12 mois)	1 heure	5 heures	100ml/kg en 6 heures
>1 an et adultes	30 minutes	2.5 heures	100ml/kg en 3 heures
≥ 10 years	As much as needed	~ 2000ml/day	~ 2000ml/day

*Le tableau 1 est adapté et modifié du Global Task Force on cholera control (section 7 - gestion des cas dans les centres de traitement)
<https://www.choleraoutbreak.org/>

- Donner un total de 100 ml / kg de solution de RL sur deux périodes. Le débit de perfusion dans chaque période est plus lent pour les enfants de moins d'un an. Environ 200 ml / kg ou plus peuvent être nécessaires au cours des 24 premières heures.
- Plus d'une ligne IV peut être nécessaire pour donner suffisamment de liquide pendant les 30 à 60 premières minutes. Lorsque la réhydratation IV n'est pas possible et que le patient ne peut pas boire, la solution de SRO peut être administrée par sonde nasogastrique, mais il faut passer à la réhydratation IV dès que possible. Ne pas utiliser de sonde nasogastrique pour les patients qui vomissent.

Pendant les 30 premières minutes :

- S'assurer que le volume de perfusion prescrit est administré dans le bon délai (débit de perfusion correct, cathéter fonctionnel).
- S'assurer de l'absence de signes de danger.
- Noter la quantité de liquide donnée (RL et SRO).
- Noter le nombre de selles et d'épisodes de vomissements.
- Vérifier plus fréquemment les patients présentant une diarrhée et des vomissements abondants, des groupes spécifiques comme les personnes âgées, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.
- Si des signes de danger (ré) apparaissent, répéter la thérapie bolus jusqu'à la résolution, puis continuer la thérapie liquidienne mentionnée ci-dessus.
- Si le patient présente un début d'œdème des extrémités ou périorbitaire ou des difficultés respiratoires, envisager une surcharge liquidienne (voir annexe 4 pour prise en charge de la surcharge liquidienne).
- Donner un antibiotique en dose unique (voir annexe 5 pour antibiothérapie).
- Donner du sulfate de zinc aux enfants âgés de 5 ans et moins (voir annexe 6 pour traitement complémentaire). Les enfants recevant de la nourriture thérapeutique (F75 or F100) n'ont pas besoin d'apport supplémentaire en sulfate de zinc puisqu'il est déjà présent dans le produit alimentaire.

③ DÉCIDER DE LA PROCHAINE ÉTAPE:

Fin de la phase de réhydratation :

- Après avoir administré la quantité prescrite de RL, réévaluer l'état d'hydratation. S'il n'y a aucun signe de déshydratation, le patient peut alors passer à la phase d'entretien.
- Arrêter la perfusion mais laisser le cathéter en place jusqu'à la sortie.
- Cependant, si un patient est plus déshydraté qu'il ne l'était initialement ou si les pertes en cours n'ont pas été remplacées en conséquence et que des signes de déshydratation sont toujours présents, alors
 - Si les signes de déshydratation sévère persistent, répéter le traitement de réhydratation IV pendant 3h, bolus inclus
 - Si des signes de déshydratation sont présents, continuer la phase de réhydratation avec 75ml/kg de SRO sur 4 heures
 - Chez ces patients, maintenir l'évaluation clinique toutes les heures jusqu'à ce que les signes de déshydratation soient complètement résolus et que le patient puisse passer à un traitement d'entretien (voir 2.2 pour la réhydratation orale).
- Cependant, il peut arriver que le patient ne réponde pas aux traitements et décède malgré les soins. Dans ce cas, le corps doit être transféré à la morgue et remis de façon digne aux parents qui seront conseillés sur la méthode d'inhumation appropriée (crémation, en fonction du contexte culturel).

QUELLES SONT LES ACTIONS CLES ?

ÉTAPE 1 – Une déshydratation sévère est une urgence médicale et le patient doit être traité immédiatement via injection de liquide par voie IV en fonction des besoins.

ÉTAPE 2 – Tout patient en état de choc ou de déshydratation sévère doit être maintenu en réhydratation IV.

ÉTAPE 3 – Après avoir initié le traitement, la surveillance des patients est très importante. Réévaluer régulièrement les patients pour leur état d'hydratation et la possibilité de tout développement de complications.

ÉTAPE 4 – Maintenir l'hydratation and nourrir le patient de façon appropriée.

ÉTAPE 5 – Faire sortir le patient en fonction de son état (*voir Fiche technique SOP 2G2*).

ANNEXE 1 / SURVEILLANCE DE PATIENT SOUS PLAN C

La surveillance est indispensable pour évaluer l'efficacité du traitement, réagir lorsque l'état d'un patient se détériore ou ne s'améliore pas, modifier le plan de traitement ou prendre une décision concernant le congé du patient. La surveillance est basée sur l'observation:

EVALUATION CLINIQUE

- Amélioration ou (ré) apparition de signes de déshydratation ou de signes de danger
- Capacité de boire des SRO (fréquence des vomissements, niveau de conscience, etc.)
- Apparition de complications (symptômes d'hypokaliémie, surcharge liquidienne)
- Surveillance spécifique au patient (par ex. Tension artérielle chez la femme enceinte, alimentation chez le nourrisson)
- Reprise de l'apport alimentaire après 3 à 4 heures d'admission

ENTRÉES VS SORTIES

Entrées :

- i. Compter et enregistrer le volume (en ml ou L) de RL perfusé ou de tasses de SRO prises
- ii. Vérifier que les liquides sont donnés dans la quantité et le délai prescrits (*par exemple, X litres de RL en 3 heures ou 'x' ml de SRO en 4 heures*)

Sorties :

- i. Enregistrez le nombre de selles (pour pouvoir remplacer la perte de liquide)
- ii. Enregistrez le nombre de vomissements (pour pouvoir évaluer la capacité de boire des SRO)

Tous les patients atteints de choléra ont besoin d'une surveillance régulière, mais certains nécessitent une attention encore plus étroite:

- Patients présentant une déshydratation sévère ou un choc hypovolémique jusqu'à ce qu'ils soient stabilisés
- Nourrissons, personnes âgées, femmes enceintes, enfants souffrant de malnutrition, car le risque de complications est plus élevé
- Patients présentant des comorbidités
- Patients recevant une thérapie orale qui ont de la difficulté à boire ou qui vomissent à plusieurs reprises, car leur état peut se détériorer rapidement.

ANNEXE 2 / CONSEILS PRATIQUES POUR LA RÉHYDRATATION IV

ACCÈS VEINEUX

- Utilisez 18 G pour les adultes (20 G pour les adultes avec de petites veines) et 22 G ou 24 G pour les enfants
- Les veines de l'avant-bras ou des fosses antécubitales sont privilégiées. Les veines des mains et des pieds ne permettent pas le débit de perfusion nécessaire et les cathéters placés ici se délogent facilement.
- Chez l'adulte, un second cathéter peut être placé dans l'autre bras pour délivrer le volume bolus complet dans le bon délai. Il doit être retirés une fois que le pouls est revenu à un état normal, pour ne conserver qu'un seul cathéter.
- Ayez toujours un set d'aiguilles intra-osseuses à portée de main en cas d'échec de la perfusion IV.
- Le fait de ne pas placer rapidement un cathéter IV dans une veine périphérique après 90 secondes devrait inciter à utiliser la veine fémorale ou la voie intra-osseuse.

PERFUSION

- Soulevez la poche IV aussi haut que possible au-dessus du site d'insertion du cathéter pour augmenter le débit.
- Chez les enfants, garder le bras droit peut être obtenu en collant un morceau de carton ou un abaisse-langue sur la face postérieure du coude.
- Marquez chaque poche du liquide IV avec un marqueur, en indiquant le numéro de poche actuel et le total prescrit.
- Enregistrez dans le dossier du patient le volume de liquide IV administré (en litres ou en ml).
- Évaluez régulièrement le site d'insertion du cathéter IV. Le cathéter doit être remplacé en cas de délogement, d'infiltration, d'inflammation locale ou de fièvre inexplicée. Les cathéters n'ont pas besoin d'être changés systématiquement s'ils restent propres et fonctionnent correctement.

FIN DE LA PERFUSION

- Une fois la thérapie IV terminée, laisser le cathéter en place et déconnectez la poche de perfusion.
- Après 4 à 6 heures ou un traitement oral, le cathéter peut être retiré pour minimiser les risques de complications si le patient :
 - 1) N'a pas de diarrhée abondante ni de vomissements sévères
 - 2) A compensé ses pertes en consommant des SRO
 - 3) Ne présente plus de signes de déshydratation,

Cette décision devrait tenir compte des difficultés éventuelles à rétablir l'accès IV si nécessaire chez les jeunes enfants, les personnes âgées et les obèses.

ANNEXE 3 / PRISE EN CHARGE DE L'HYPOGLYCÉMIE

L'hypoglycémie est une complication potentielle chez les patients qui commencent tardivement à prendre du SRO (qui contient du glucose) et / ou qui ne reprennent pas rapidement l'alimentation. Les plus à risque sont les malnutris et les enfants de moins de 5 ans.

SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Suspecter l'hypoglycémie

- A l'admission – chez les patients avec diminution du niveau de conscience ou hypotonie persistante après 2 bolus de RL
- Pendant la thérapie de réhydratation - si des signes neurologiques (léthargie ou coma) apparaissent lorsque les signes de déshydratation disparaissent.
- En cas d'hypothermie

Une glycémie <60 mg / dl (<3,3 mmol / L) indique une hypoglycémie.

TRAITEMENT

- Administrer le glucose par injection IV lente
 - > Enfant – 5ml/kg de 10% glucose
 - > Adultes – 1ml/kg de 50% glucose
- Réévaluer le taux de glucose après 30 minutes et répéter la même dose si nécessaire
- Pour éviter une rechute, administrer des SRO sous observation. Si la consommation de SRO est retardée ou réduite - ajouter 100 ml de glucose à 50% par litre de LR à utiliser pour la réhydratation (en donnant une solution de glucose à 5%) jusqu'à ce qu'un apport suffisant en SRO soit possible.

PRÉVENTION

Commencer le traitement SRO dès que possible pour les patients recevant un traitement IV et reprendre rapidement l'alimentation pour tous les patients.

ANNEXE 4 / PRISE EN CHARGE DE LA SURCHARGE LIQUIDIENNE

La surcharge liquidienne est une complication de la réhydratation IV, résultant généralement d'une erreur d'administration (trop de liquide ou perfusion trop rapide). Cependant, une surcharge liquidienne peut survenir même avec un traitement de réhydratation normal chez les nourrissons, les personnes âgées et les patients souffrant de malnutrition sévère ou de maladies cardiovasculaires. Les patients recevant des SRO seuls ne développent aucun signe de surhydratation / surcharge hydrique.

SIGNES CLINIQUES

Œdème périphérique - l'apparition d'un œdème périorbitaire ou des membres inférieurs peut indiquer une surcharge liquidienne.

Œdème pulmonaire - respiration rapide, dyspnée, toux (première toux sèche puis avec flegme) et crépitations à l'auscultation pulmonaire.

L'œdème pulmonaire peut être précédé d'un œdème périphérique mais ce n'est pas toujours le cas

TRAITEMENT:

Œdème périphérique:

- Réduisez le débit de perfusion au minimum, mais ne retirez pas le cathéter
- Réévaluer le niveau de déshydratation et la nécessité de poursuivre la réhydratation IV (les signes de déshydratation ne sont plus présents ou s'il est possible de passer à la réhydratation orale).
- Ausculter les poumons
- Si le patient a encore besoin d'un traitement de réhydratation IV, reprendre la perfusion à un rythme plus lent et observer de plus près, en s'assurant que la déshydratation n'aggrave pas.
- L'œdème périphérique seul ne nécessite aucun traitement supplémentaire avec du furosémide. L'œdème disparaîtra spontanément en 24 à 48 heures.

Œdème pulmonaire aigu:

- Ne pas retirer pas le cathéter mais réduire le débit de perfusion au minimum
- Demander au patient de s'asseoir droit avec ses jambes sur le bord du lit
- Ausculter les poumons pour les crépitations
- Si le patient est dyspnéique - administrer du furosémide IV
 - > Enfants – 1mg/kg
 - > Adultes – 40mg
- Ces mesures devraient conduire à une amélioration des signes cliniques en 1 à 2 heures.
- Examiner le patient pour d'autres facteurs contributifs tels que les maladies cardiovasculaires (hypertension) ou rénale (anurie) et exclure une infection pulmonaire.
- Une fois le patient stabilisé, réévaluer le niveau de déshydratation.
- Sur la base des signes cliniques, passer à une thérapie orale ou poursuivre la thérapie IV à la moitié du taux précédent, tout en maintenant une observation étroite et en arrêtant le traitement IV dès que possible.

PRÉCAUTIONS/ PRÉVENTION

- Éviter les perfusions IV inutiles.
- Éviter de prolonger les perfusions IV chez les patients qui n'en ont plus besoin.
- Chez les patients à risque (hypertension chronique, maladies cardiaques), porter une attention particulière au volume IV et au débit de perfusion ainsi qu'à l'évolution clinique sous traitement IV.

ANNEXE 5 / ANTIBIOTHÉRAPIE

- La prise d'antibiotiques administrés dans les 4 heures est indiquée chez :
 - Les patients du choléra hospitalisés pour déshydratation sévère
 - Les patients avec de fortes diarrhées (au moins une selle par heure pendant les 4 premières heures de traitement) ou en échec thérapeutique (le patient est toujours déshydraté après les 4 premières heures de réhydratation), indépendamment du degré de déshydratation.
 - Les patients avec des conditions préexistantes (incluant la grossesse) ou des comorbidités (comme la malnutrition aiguë sévère ou HIV), indépendamment du degré d'hydratation.
- Le choix d'antibiotiques doit être basé sur les profils de résistance aux antibiotiques des cultures de vibrio cholérique réalisées en début d'épidémie. En attendant le résultat de ces tests, les patients doivent être traités à la doxycycline.
 - Doxycycline – dose unique, est l'antibiotique de choix pour tous les patients, y compris les femmes enceintes.
 - Si une résistance à la doxycycline est rapportée, donner de l'azithromycine ou de la Ciprofloxacine oralement et en dose unique pour les adultes.

TABLEAU 5*: ANTIBIOTIC TREATMENT REGIMEN AS A FIRST LINE AND ALTERNATIVE FORMS

GROUPE D'ÂGE	PREMIÈRE LIGNE	ALTERNATIVE
Adultes (inclus femmes enceintes)	Doxycycline 300mg voie orale dose unique	Azithromycine 1mg voie orale dose unique (ou) Ciprofloxacine 1mg voie orale dose unique
Enfants < 12 ans	Doxycycline 2-4mg/kg voie orale dose unique	Azithromycine 20mg/kg (max 1 mg) voie orale dose unique (ou) Ciprofloxacine 20mg/kg (max 1mg) voie orale dose unique

*Tableau est adapté de Global Task Force on cholera control (section 7 – case management in treatment facilities) <https://www.choleraoutbreak.org/>

ANNEXE 6 / THÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE

- Chez les enfants de moins de 5 ans, la diarrhée peut causer des pertes de zinc importantes qui doivent être remplacées. Le sulfate de zinc raccourci la durée et la sévérité de la diarrhée, et s'il est pris pendant 10 jours, il peut éviter d'autres maladies diarrhéiques jusqu'à 2 à 3 mois.
- Lorsqu'il est disponible, la prise de sulfate de zinc (20mg par voie orales par jour) devrait être commencée immédiatement.
- Le zinc peut diminuer l'absorption de certaines classes d'antibiotiques, incluant la ciprofloxacine. Pour préserver leurs effets, les antibiotiques devraient être administrés 2 heures avant ou 4-6 heures après (PAHO, 2011).

> 2G4 - RETABLISSEMENT ET SORTIE DU PATIENT

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Pour le patient en **cours de rétablissement**, l'objectif est de **maintenir l'hydratation, de répondre rapidement à toute détérioration** et d'ajuster le schéma thérapeutique en fonction de l'évolution de l'état du patient.
- Pour les **patients sortis**, l'objectif de la thérapie à domicile est **d'éviter la déshydratation**. Cela consiste principalement à fournir au patient des solutions de réhydratation orales (SRO) et des repas réguliers.
- **Des instructions de soins doivent être données à tous les patients sortis**, indépendamment de la durée de leur séjour ou du type d'établissement dans lequel ils ont reçu leur traitement.
- **Suivre les mesures d'hygiène nécessaires** (comme le lavage au chlore des vêtements) et enseignez-les aux patients et à leurs soignants.
- **Ne laissez aucun patient dans la zone de récupération** après le temps nécessaire car des événements inattendus peuvent survenir à tout moment et il est possible pour tout patient de se détériorer rapidement si son hydratation n'est pas maintenue. S'assurer que chaque patient reçoit des visites régulières et qu'il est bien hydraté.

QUELLES SONT LES COMPOSANTES ?

N°1 ZONE DE RÉCUPÉRATION

Une fois hospitalisés, les patients sont généralement transférés dans la zone de récupération et gardés sous observation. Ils y reçoivent des SRO pendant 4 à 6 heures afin de surveiller leur capacité d'auto-hydratation soit par le patient lui-même, soit avec l'aide du soignant. Habituellement, les patients suffisamment hydratés après le plan A sont envoyés dans la zone de récupération.

Pendant que le patient reste dans la zone de récupération :

- Lui enseigner à préparer correctement la SRO dans un litre d'eau (se référer à l'annexe 1 pour la préparation de la SRO).
- Donner les instructions et lui enseigner les gestes et pratiques d'hygiène (Se laver correctement les mains, Préparer les aliments proprement)
- Boire et utiliser de l'eau salubre, c'est-à-dire de l'eau qui provient d'une bouteille dont le bouchon n'a jamais été ouvert, de l'eau qui a été bouillie ou traitée au chlore.
- Utiliser des latrines ou enfouir les selles en profondeur. Il est important de faire comprendre au patient l'importance de ne pas déféquer dans un plan d'eau.
- Encourager le patient à envoyer des membres de sa famille à l'établissement de traitement s'il présente des symptômes de choléra.
- Une fois que les vomissements ont cessé, donner un repas normal sans restriction au patient, sauf indication contraire (enfants et adultes avec une malnutrition aigüe sévère SAM souffrant de comorbidités).
- Laisser les mamans continuer à allaiter les nourrissons et les jeunes enfants.
- Fournir des couvertures pour prévenir l'hypothermie.
- Une fois que le patient est complètement rétabli, donner des instructions claires sur quand recourir aux soins.

N°2 QUAND FAIRE SORTIR LE PATIENT :

En général, la sortie de la zone de récupération a lieu quand le patient n'a plus de signes de déshydratation et qu'il a eu moins de 3 selles liquides au cours des 6 dernières heures. Conseillez au patient ou au soignant de revenir immédiatement au centre de traitement si l'un des événements suivants se produit :

- les vomissements reprennent ;
- la diarrhée reprend et s'intensifie ;
- le patient ne boit plus ou ne s'alimente plus suffisamment, ou a une forte baisse d'appétit ;
- le patient a la bouche sèche ou une soif intense ;
- le visage change avec les yeux enfoncés ;
- le comportement change – irritabilité ou apathie et difficulté de se réveiller.

Faire sortir le patient avec suffisamment de sachet SRO pour 2 jours à la maison et lui donner les instructions claires pour la préparation de solution SRO avec de l'eau potable propre.

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS ?

Étape 1 – Les patients qui sont capables de récupérer sous le plan A - zone du CTC sont envoyés dans la zone de récupération.

Étape 2 – Surveiller les patients en convalescence et toute détérioration de leur état.

Étape 3 – Fournir simultanément aux patients et aux personnes s'occupant d'eux des informations appropriées sur les instructions et les soins à prendre à domicile.

Étape 4 – Une fois rétabli, les patients peuvent avec des sachets de SRO et le suivi comme indiqué.

ANNEXE 1 / PRÉPARATION DES SRO

Donnez des paquets de SRO à rapporter à la maison. Donnez suffisamment de paquets pour 2 jours. Les patients qui souhaitent plus de sachets de SRO que ce qui est prescrit devraient en recevoir autant qu'ils le souhaitent. Expliquez que la diarrhée du choléra fait perdre beaucoup de liquide au patient et que le SRO sert à remplacer cette perte de liquide. De plus, expliquez que le SRO n'arrête pas tout de suite la diarrhée, car il est probable que le patient / soignant considère cela comme un échec du traitement ; le SRO doit être pris jusqu'à l'arrêt de la diarrhée. Montrez comment préparer et donner la solution. Indiquez que les SRO, une fois préparées, ne doivent pas être conservées plus de 12 heures à température ambiante ou jusqu'à 24 heures si elles sont réfrigérées. Après cela, une nouvelle solution doit être préparée.

PRÉPARATION D'UN LITRE DE SRO

1. Lavez vos mains avec de l'eau propre et du savon
2. Versez le paquet entier de SRO dans un récipient propre (pot ou bouteille)
3. Mesurez 1 litre d'eau propre
4. Versez l'eau dans le récipient
5. Mélangez jusqu'à ce que les sels/la poudre soient complètement dissouts.

NOMBRE DE SACHETS DE SRO

Donnez suffisamment de SRO pour 2 jours de traitement. Selon l'âge, 1 à 2 sachets de SRO suffiront par patient et par jour. Il peut être utile d'ajouter 2 sachets supplémentaires en cas de perte ou si il devient nécessaire de commencer un nouveau traitement pour un membre de la famille, en particulier si l'accès à un centre de traitement est difficile

VOLUME POUR DILUTION

Les patients peuvent ne pas savoir comment mesurer 1 litre d'eau à la maison, et les solutions SRO sous-dosées ou surdosées sont fréquentes. Il faut donc s'assurer que la famille a les moyens de mesurer de façon précise le volume nécessaire à la préparation d'1 litre de SRO.

EXEMPLE

- Indiquer sur une bouteille utilisée localement la quantité représentant 1 litre (ou)
- Fournir une bouteille d'un litre (si disponible) avec des sachets SRO (ou)
- Fournir une tasse de volume connu (par exemple 250 ou 500 ml), en expliquant qu'un sachet de SRO est mélangé dans deux tasses de 500 ml d'eau ou quatre tasses de 250 ml d'eau. Selon le contexte, les sachets de SRO peuvent être accompagnés de brochures illustratives



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- **Médecins Sans Frontières (MSF).** *Management of a cholera epidemic.* Practical guide for doctors, nurses, laboratory technicians, medical auxiliaries, water and sanitation specialists and logisticians. Médecins Sans Frontières-Clinical Guidelines. Geneva, 2018. [Chapter 5: Cholera Case Management.](#)
- **GTFCC.** *Cholera Outbreak Response.* Field Manual. Geneva, 2019. [Section 7: Case management in treatment facilities.](#)
- **UNICEF.** *Cholera Toolkit.* New York, 2013. [Chapter 8: Case management and infection control in health facilities and treatment sites.](#)

QUELLES SONT LES MESURES CLÉS POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS ?



POSITIONNEMENT

ACF ne se positionnera sur le traitement médical que si aucun acteur médical n'est présent ou en mesure de répondre



OBJECTIF

Garantir de bonnes pratiques de prévention et de contrôle des infections et assurer la sécurité et le confort des patients dans les Centres de Traitement du Choléra



RESPONSABILITÉ

Responsable Département Santé et Nutrition



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

SANTÉ ET NUTRITION + EAH + LOGISTIQUE + RESSOURCES HUMAINES

- Le respect des normes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (EAH) est nécessaire pour une prévention et un contrôle adéquats des infections (PCI) dans les établissements de traitement du choléra

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Des services adéquats d'eau, d'assainissement et d'hygiène (EAH) sont essentiels pour soigner les patients et pour la Prévention et le Contrôle des Infections (PCI) dans les Centres de Traitement du Choléra (CTC)
- Les mesures PCI visent à prévenir la transmission de la maladie dans les établissements de traitement du choléra et dans les environs
- Les pratiques PCI comprennent la restriction de l'accès et de la circulation, l'hygiène des mains, la préparation et la manipulation des aliments, la blanchisserie, la gestion des déchets, le nettoyage et la désinfection, la lutte contre les vecteurs et la gestion des cadavres
- Des pratiques adéquates de lutte contre les infections doivent être appliquées dans toutes les situations par les patients, les soignants et le personnel. Tout le personnel médical et non médical (nettoyeurs, gardiens, etc.) doit être formé aux protocoles de prévention des infections en rapport avec ses fonctions avant de travailler dans un ETC.

QUELLE CHECKLIST POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS ?¹

Date de l'évaluation : ____ / ____ / ____	Poste de l'évaluateur : _____
Nom de l'évaluateur : _____	Contact de l'évaluateur : _____
Nom de l'établissement de santé : _____	Nombre d'employés : _____
Lieu (district, ville, village) : _____	Nombre de patients hospitalisés : _____
GPS Long : _____	Taux d'occupation : ____%
GPS Lat : _____	Patients externes/jour : _____
<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Clinique Mobile <input type="checkbox"/> Centre de traitement du choléra <input type="checkbox"/> Unité de traitement du Choléra <input type="checkbox"/> Centre d'alimentation thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre	
Point focal de l'établissements de santé : _____	
Contact : _____	

QUELLE COMPOSANTE?	QUELLE MESURE ?	QUEL SCORE?
RESTRICTION DE L'ACCÈS ET DE LA CIRCULATION	<input type="checkbox"/> L'ETC est clôturée pour limiter l'accès <input type="checkbox"/> L'entrée et la sortie de l'établissement sont clairement identifiées par le personnel chargé de contrôler la circulation <input type="checkbox"/> Le flux de patients est clairement signalisé <input type="checkbox"/> L'accès est limité à un seul garde-malade par patient <input type="checkbox"/> L'accès à la cuisine, à la zone de gestion des déchets et à la morgue est réservé au personnel autorisé	__/5 (Un point pour chaque mesure)
HYGIÈNE DES MAINS	<input type="checkbox"/> Des stations de lavage des mains sont disponibles aux points d'entrée et de sortie avec du savon ou une solution de chlore à 0,05 %. <input type="checkbox"/> Un personnel est posté à l'entrée et à la sortie pour assurer le lavage systématique des mains, 24 heures sur 24, de toute personne entrant ou sortant de l'ETC <input type="checkbox"/> Des stations de lavage des mains avec une solution de chlore à 0,05 % ou du savon sont disponibles à l'entrée et à la sortie des salles, dans la zone de gestion des déchets, à la morgue, dans la cuisine et dans toutes les latrines <input type="checkbox"/> Les garde-malades se lavent les mains après chaque manipulation du patient, de ses effets personnels et de son environnement proche <input type="checkbox"/> Le personnel de santé se lave les mains avant de toucher un patient, avant d'effectuer des procédures propres ou aseptiques, après une exposition à un liquide organique ou à un risque, après avoir touché un patient et après avoir touché l'environnement du patient	__/5 (Un point pour chaque mesure)
UTILISATION D'ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/> Le personnel change de vêtements à l'entrée et à la sortie du CTC <input type="checkbox"/> Le personnel chargé du nettoyage et de la désinfection porte un EPI ¹ <input type="checkbox"/> Le personnel chargé de la gestion des déchets porte un EPI <input type="checkbox"/> Le personnel chargé de préparer les solutions de chlore porte un EPI <input type="checkbox"/> L'EPI est changé chaque jour et chaque fois qu'il est souillé	__/5 (Un point pour chaque mesure)
PRÉPARATION ET MANIPULATION DES ALIMENTS EN TOUTE SÉCURITÉ	<input type="checkbox"/> La nourriture est fournie au centre et il y a une zone dédiée pour la préparation des aliments <input type="checkbox"/> Seul le personnel de cuisine est autorisé à entrer dans la cuisine et à manipuler les aliments <input type="checkbox"/> Tous les aliments sont chauffés à 70°C et maintenus au chaud (60°C) jusqu'à leur consommation <input type="checkbox"/> Les fruits et légumes sont lavés à l'eau potable <input type="checkbox"/> Les aliments apportés par le soignant sont transférés dans un nouveau contenant à l'entrée	__/5 (Un point pour chaque mesure)
LAVAGE DU LINGE ET DES VÊTEMENTS SOUILLÉS	<input type="checkbox"/> Tous les uniformes du personnel sont conservés et nettoyés au centre <input type="checkbox"/> Tous les draps et les blouses sont lavés au centre <input type="checkbox"/> Les vêtements qui appartiennent au patient sont lavés et rendus lorsqu'ils arrivent dans la zone de récupération <input type="checkbox"/> Les vêtements et le linge sont immergés pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,05 %, puis rincés et lavés normalement. <input type="checkbox"/> Il existe un espace dédié au linge et aux vêtements secs	__/5 (Un point pour chaque mesure)

1 - Articles EPI : un haut à manches courtes, un pantalon, une paire de bottes, une combinaison de travail, des gants en caoutchouc réutilisables ou des gants résistants à la chaleur pour ceux qui travaillent avec l'incinérateur, un tablier en plastique réutilisable ou un long cuir pour ceux qui travaillent avec l'incinérateur et une protection faciale réutilisable

GESTION DES DÉCHETS (3)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La zone de traitement des déchets est clairement délimitée et clôturée <input type="checkbox"/> Tous les déchets sont placés dans des conteneurs de différentes couleurs / marques et étiquetés <input type="checkbox"/> Les déchets sont séparés en déchets pointus, déchets mous, déchets organiques, eaux usées et déchets pathologiques <input type="checkbox"/> Les déchets tranchants sont soit enterrés, soit incinérés, soit traités chimiquement (Fiche technique n°2E) <input type="checkbox"/> Les déchets mous sont incinérés <input type="checkbox"/> Les déchets organiques sont éliminés dans une fosse spécifique <input type="checkbox"/> Il n'y a pas de déchets sur le sol de l'établissement et le conteneur de déchets ne déborde pas <input type="checkbox"/> L'eau contenant du savon est d'abord passée dans un bac à graisse <input type="checkbox"/> Les eaux usées sont traitées à la chaux hydratée à 30 % avant d'être infiltrées et évacuées dans des fosses ou des tranchées d'infiltration. <input type="checkbox"/> Les selles et les vomissements des patients atteints de choléra sont recueillis dans des seaux spécifiques de 10 à 15 litres (avec une solution de chaux hydratée à 30 %)² <input type="checkbox"/> Les seaux, lorsqu'ils sont remplis au tiers, sont soigneusement transportés et vidés dans une fosse spécialement aménagée à cet effet 	<p>__/5</p> <p>(Un point pour chaque mesure)</p>
NETTOYAGE ET DÉSINFECTION	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Du personnel pour le nettoyage est employé 24 heures sur 24 dans l'établissement <input type="checkbox"/> Des solutions de chlore à 0,2% et 0,05% sont préparées quotidiennement <input type="checkbox"/> Pédiluve ou pulvérisation des chaussures aux points d'entrée et de sortie avec une solution de chlore à 0,2%. <input type="checkbox"/> Le bain pédiluve est régulièrement imbibé de la solution appropriée <input type="checkbox"/> Les tasses utilisées pour le SRO et la vaisselle sont lavées avec une solution de chlore à 0,05 % dans une zone dédiée <input type="checkbox"/> Les ustensiles de cuisine sont lavés régulièrement entre chaque utilisation avec du détergent et une solution de chlore à 0,2 %. <input type="checkbox"/> Les surfaces utilisées pour la préparation des aliments doivent être lavées avec un détergent et une solution de chlore à 0,2 %. <input type="checkbox"/> Les latrines sont faciles à nettoyer et sont nettoyées plusieurs fois par jour avec une solution de chlore à 0,2 % (cela comprend les dalles et les murs jusqu'à 1 m à hauteur des éclaboussures). <input type="checkbox"/> Le sol de chaque tente est nettoyé avec une solution de chlore à 0,2 %, 3 fois par jour et chaque fois qu'il est nécessaire <input type="checkbox"/> Les lits sont désinfectés après chaque utilisation avec une solution de chlore à 0,2 %, puis séchés au soleil 	<p>__/5</p> <p>(Un point pour chaque mesure)</p>
LUTTE CONTRE LES VECTEURS	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les sites de reproduction des vecteurs sont supprimés <input type="checkbox"/> Les déchets de cuisine et de soins sont éliminés correctement <input type="checkbox"/> Des barrières sont installées aux fenêtres et aux portes <input type="checkbox"/> Des pièges à rongeurs sont installés <input type="checkbox"/> Des moustiquaires sont installées aux fenêtres et aux portes, et des moustiquaires traitées à l'insecticide sont installées sur chaque lit dans les services d'hospitalisation 	<p>__/5</p> <p>(Un point pour chaque mesure)</p>
GESTION SÉCURISÉE DES CADAVRES (4)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le centre dispose d'une zone isolée dédiée pour les cadavres <input type="checkbox"/> Des stations de lavage des mains avec du savon ou une solution de chlore à 0,05 % sont disponibles <input type="checkbox"/> Le personnel dédié est formé à la préparation et à la désinfection des cadavres <input type="checkbox"/> Les cadavres sont désinfectés avec une solution de chlore à 2%. <input type="checkbox"/> Il y a suffisamment de sacs mortuaires disponibles dans le centre 	<p>__/5</p> <p>(Un point pour chaque mesure)</p>
<p>Utilisez l'espace ci-dessous ou des pages supplémentaires pour saisir les notes, commentaires et recommandations supplémentaires. Action, ou dessin.</p>		<p>Score Total</p> <p>__/45</p> <p>(additionner tous les scores individuels)</p>
<p>Une fois rempli, envoyez ce formulaire à : _____@_____</p>		

2 - Plus efficace qu'une solution de chlore à 2 % selon MSF les recherches appliquées MSF sur la désinfection des excréta humains dans les situations d'urgence à l'aide de solutions de chlore hautement concentrées (ARDHEES) par l'Université de Brighton (2018)



- 2B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra ?'
- 2E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra '
- 4D ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment évaluer les standards EAH dans les établissements de traitement du choléra'
- UNICEF cholera toolkit, [Chapter 8 'Case management and infection control in health facilities and treatment sites'](#)
- GTFCC WASH working group (2019), "[Technical Note: Water, Sanitation and Hygiene and Infection Prevention and Control in Cholera Treatment Structures](#)"

RÉFÉRENCES

- (1) GTFCC WASH working group (2010), "[Technical Note: Water, Sanitation and Hygiene and Infection Prevention and Control in Cholera Treatment Structures](#)"
 - (2) UNICEF (2013), "Cholera Toolkit"
 - (3) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra '
 - (4) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires ?'
-



3

LA RÉPONSE AU CHOLÉRA DANS LA COMMUNAUTÉ

- 3A** Comment mettre en oeuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ? p.95
- 3B** Comment mettre en oeuvre des interventions ciblées géographiquement ? p.103
- 3C** Comment mettre en place des équipes de réponse rapide ?.. p.111
- 3D** Comment cartographier les cas lors d'épidémies de choléra ?.... p.117
- 3E** Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?..... p.123
- 3F** Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires? p.127
- 3G** Quels sont les standards ACF pour les kits communautaires de lutte contre le choléra ? p.135

COMMENT METTRE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS GUIDÉES PAR L'ÉPIDÉMIOLOGIE ?



POSITIONNEMENT

ACF recommande d'orienter les interventions dans la communauté en fonction de l'analyse en temps réel des informations épidémiologiques afin de rationaliser les ressources et de maximiser l'impact sur la transmission de la maladie



OBJECTIF

Réduire la transmission du choléra par des interventions en temps voulu, fondées sur l'épidémiologie et ciblées géographiquement



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Accès aux données épidémiologiques pour des interventions ciblées géographiquement et fondées sur l'épidémiologie
- Mise en place d'une équipe multisectorielle avec le personnel santé pour la recherche des cas et l'administration du vaccin oral choléra
- Renforcer la surveillance des structures de santé et la surveillance à base communautaire dans les zones d'intervention d'ACF dans le cadre des programmes réguliers en santé et nutrition.

EAH + SMSP

- Évaluer la perception de l'intervention par la communauté, ainsi que les obstacles et les facteurs de facilitation qui en découlent pour adapter la communication, le mécanisme de mise en œuvre et l'intervention

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Les informations sur **l'épidémiologie de la maladie** (fardeau du choléra, durée de l'épidémie, choléra hotspots, zones touchées par le choléra, saisonnalité, facteur de risque, population à haut risque) sont utilisées pour **informer les stratégies de préparation et de réponse** (1).
- **La réponse aux épidémies** implique la mise en place **d'interventions rapides, ciblées géographiquement et basées sur l'épidémiologie** dès que les premiers cas de choléra sont suspectés. La stratégie vise également à **anticiper** et à **prévenir** la transmission du choléra aux **populations non touchées mais identifiées comme étant à risque** par l'analyse des profils des précédentes épidémies.
- **Le choix d'interventions appropriées** nécessite de comprendre **le contexte de transmission** du *Vibrio cholera*. Le contexte de transmission est défini comme les circonstances dans lesquelles une personne est le plus susceptible de contracter la maladie (2).
- Six contextes récurrents ont été identifiés : les domiciles du malade et des voisins, les institutions et les lieux publics, les rassemblements de population, les structures de prise en charge des cas de choléra, les rites funéraires et la contamination de l'environnement (annexe 1) (2-4). Une approche ciblée et un ensemble de mesures EAH appropriés sont choisis sur la base du ou des contextes de transmission identifiés (annexe 2) (tableau 1) (2,4).
- **Les stratégies d'intervention ciblées** peuvent être utilisées **seules ou en combinaison avec d'autres, en fonction des conditions sur le terrain** (5).

QUELLE STRATÉGIE D'INTERVENTION ?

TABEAU 1 : MATRICE DES CONTEXTES DE TRANSMISSION, DES MÉCANISMES DE MISE EN ŒUVRE ET DES INTERVENTIONS FONDÉES SUR DES PREUVES SCIENTIFIQUES

CONTEXTE DE TRANSMISSION	MÉCANISME DE CIBLAGE	PAQUET EAH
<p>DOMICILE DU MALADE ET DES VOISINS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions ciblées autour du cas (CATIs) - <i>début et fin d'épidémie</i> Mener des interventions idéalement dans un délai de 1 à 2 jours en ciblant les contacts du ménage affecté et les voisins (risque important jusqu'à 150m) • Interventions dans les structures de santé Mener des interventions idéalement dans un délai de 1 à 2 jours en ciblant les contacts du ménage affecté • Interventions ciblées cas-cluster - <i>phase intense de l'épidémie</i> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriser les interventions dans les cluster de cas - Intensifier EAH interventions in persistent case clusters (>3 weeks) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche de cas • Mobilisation sociale <ul style="list-style-type: none"> - Engagement des communautés et responsabilité : consultation de la communauté, suivi et renforcement des capacités • Désinfection du domicile des cas • Traitement de l'eau à domicile • Stockage de l'eau sécurisé • Amélioration des pratiques d'hygiène <ul style="list-style-type: none"> - Éducation à l'hygiène et à la santé* (réhydratation précoce et référencement, méthodes de traitement de l'eau à domicile, stockage de l'eau sécurisé, sécurité et hygiène alimentaire, lavage des mains aux moments critiques) - Distribution de kits de lutte contre le choléra dans les ménages (produits/méthodes et instructions sur le traitement de l'eau à domicile, savon et récipient amélioré pour le stockage de l'eau)
<p>INSTITUTIONS ET LIEU PUBLICS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu connu lors des épidémies précédentes ou récemment identifié comme source d'infection à la suite d'investigation (par exemple, marchés, écoles, stations de transit, carrefours, postes frontalières, ports, bases militaires, prisons) • Interventions ciblées cas-cluster - <i>phase intense de l'épidémie</i> • Interventions de couverture globale au niveau du quartier 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale <ul style="list-style-type: none"> - Engager la communauté et veiller au respect des réglementations en matière de santé publique - Tester et surveiller la qualité de l'eau et la sécurité alimentaire - Interdire la défécation en plein air • Éducation à l'hygiène et à la santé • Sécurité et hygiène alimentaire <ul style="list-style-type: none"> - Former les préposés à la manipulation d'aliments et les vendeurs de nourriture - Fournir des dispositifs pour le lavage des mains et du savon • Approvisionnement en eau et traitement de l'eau • Amélioration de l'assainissement
<p>RASSEMBLEMENTS DE POPULATION</p> 	<p>Rassemblements et/ou mouvements de population au sein ou à proximité de communautés touchées (par exemple, cérémonies, festivals religieux, travailleurs saisonniers, camps de réfugiés)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale • Éducation à l'hygiène et à la santé • Sécurité et hygiène alimentaire <ul style="list-style-type: none"> - Surveiller les pratiques d'hygiène - Fournir des dispositifs pour le lavage des mains et du savon • Approvisionnement en eau et traitement de l'eau • Amélioration de l'assainissement
<p>CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions ciblées autour du cas (CATIs) - <i>début et queue d'épidémie</i> Mener des interventions idéalement dans un délai de 1 à 2 jours en ciblant les contacts du ménage affecté et les voisins (risque important jusqu'à 150m) • Interventions ciblées cas-cluster - <i>phase intense de l'épidémie</i> <ul style="list-style-type: none"> - Enquêter sur les facteurs de risque environnementaux autour des cas (par exemple, l'analyse de la qualité des sources d'eau) - Prioriser les interventions dans les clusters de cas - Intensifier les interventions EAH dans les groupes de cas persistants (>3 semaines)** • Interventions de couverture au niveau du quartier 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale • Approvisionnement en eau et traitement de l'eau <ul style="list-style-type: none"> - Interdire l'accès aux points d'eau contaminés ou à haut risque - Fournir des systèmes temporaires d'approvisionnement en eau potable - Assurer l'exploitation et l'entretien des stations de traitement de l'eau, des points d'eau et des réseaux de distribution - Promouvoir le traitement de l'eau à la source : chloration aux seaux, distributeurs de chlore, formation et équipement des vendeurs d'eau • Amélioration de l'assainissement <ul style="list-style-type: none"> - Gestion sécurisée des excréta : Enterrer les excréments et éliminer en toute sécurité les "toilettes volantes" et les programmes d'ATPC dans un environnement stable - Gestion des eaux usées : nettoyer les canaux de drainage, préconiser et soutenir la réparation des canalisations d'égout et la station d'épuration des eaux usées

<p>RITUELS FUNÉRAIRES</p> 	<p>Tout rituel funéraire de décès suspects de choléra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale • Hygiène de l'inhumation/crémation et des funérailles <ul style="list-style-type: none"> - Enterrement/crémation sécurisé et digne : assurer la manipulation et la gestion en toute sécurité des cadavres des victimes du choléra et un lieu d'inhumation/de crémation approprié - Hygiène des cérémonies funéraires : accompagnement de la procédure et fourniture d'un kit pour la cérémonie
<p>STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE DES CAS DE CHOLÉRA</p> 	<p>Toute structure gérant des cas suspects de choléra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigation de cas • Eau, Assainissement et Hygiène • Prévention et contrôle des infections

Source: UNICEF (2019), 'Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document', adapted from ACF cholera handbook (2013)

* ACF recommande d'utiliser l'approche WASH'EM pour la promotion du lavage des mains.

** Un groupe de cas est défini comme un agrégat d'au moins 5 cas dans un rayon de 50 à 150 m selon la densité de la population. Une grappe de cas persistante est définie comme un groupe de cas qui dure trois semaines ou plus.

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS, PAR PHASE DE L'ÉPIDÉMIE ?

AVANT L'ÉPIDÉMIE

 **Seuil pour le début des activités de préparation¹ : au moins six mois avant la saison épidémique**

RD	Étape 1	Plaider auprès des organismes gouvernementaux compétents (y compris l'organisme national de surveillance) et des organismes de coordination sectorielle en faveur d'une stratégie qui favorise des interventions en temps voulu, fondées sur l'épidémiologie et ciblées géographiquement
	Étape 2	Collecter les données existantes ou soutenir la production d'une synthèse épidémiologique des précédentes épidémies de choléra (fardeau du choléra, durée de l'épidémie, choléra hotspots, zones touchées par le choléra, saisonnalité, facteur de risque, population à haut risque) afin d'informer la stratégie de préparation et de réponse (1)
	Étape 3	Convenir avec les organismes gouvernementaux compétents et l'organisme de coordination du secteur de la santé d'un accès facilité aux informations épidémiologiques 1) au niveau national à des fins de planification de l'intervention et 2) au niveau opérationnel par les équipes de réponse rapide lors des flambées de choléra
	Étape 4	Conduire une analyse de la situation pour recueillir des informations clés relatives à l'EAH et au domaine psychosocial (1) afin de sélectionner les approches ciblées appropriées (5) et de concevoir les interventions (6,7)
	Étape 5	Identifier ou mettre en place un système d'alerte pour être informé des cas de choléra et des décès dans la communauté (en fonction du contexte)
	Étape 6	Contribuer aux documents de réponse sectoriels et multisectoriels en externe et en interne en utilisant les informations pertinentes (Ressources supplémentaires ; 1,5,8)
	Étape 7	Suivre de près la situation épidémiologique du choléra au niveau régional et dans les pays voisins (dans le monde: https://promedmail.org et https://reliefweb.int/updates , en Afrique: http://plateformecholera.info/)
	Étape 8	Informier régulièrement ou former (simulation sur le terrain) les responsables de programme EAH et le personnel de terrain sur la stratégie d'intervention (5-11)
	Étape 9	Pré-positionner le matériel et les fournitures nécessaires aux interventions dans la communauté avant la saison épidémique et/ou lorsque le risque de propagation de l'épidémie de choléra à partir des pays voisins augmente (6,7,9,10)
	Étape 10	Renforcer la surveillance des structures de santé et la surveillance à base communautaire dans la zone d'intervention d'ACF avant la saison épidémique et/ou lorsque le risque de propagation du choléra à partir des pays voisins augmente
RT	Étape 11	Établir un contact avec des instituts de recherche pour évaluer l'efficacité et l'impact des mécanismes d'intervention et des activités de réponse à une épidémie de choléra

RT	RD	RP	SMPS	ERR	RF
Réfèrent Technique (siège)	Responsable de Département	Responsable de Programme	Santé mentale et pratique de soins	Équipe de Réponse Rapide	Point focal Rituel Funéraire

1 - ACF recommande de mener des activités de préparation au choléra dans les pays qui ont enregistré une épidémie au cours des trois dernières années ou dans les zones où il y a actuellement une épidémie dans les pays voisins et qui présente un risque de transmission transfrontalière.

PENDANT L'ÉPIDÉMIE

 **Seuil de déclenchement de la riposte à l'épidémie dans la zone d'intervention d'ACF : un cas suspect de choléra**

MESURES DE CONTRÔLE IMMÉDIATES

RP	Étape 1	Mettre en œuvre des mesures de lutte immédiates dans la communauté dès qu'un cas de choléra est suspecté ² : désinfection des domiciles (10), sensibilisation et distribution de kits choléra aux voisins, si possible traitement à la source de l'eau de boisson (5)
	Étape 2	Mettre en place des équipes de réponse rapide et des équipes de désinfection des domiciles (9)
ERR	Étape 3	Soit au niveau de la structure de prise en charge, soit au niveau du ménage, investiguer régulièrement les contextes de transmission en utilisant le formulaire d'investigation des cas ci-joint (annexe 2)

TRANSMISSION INTRA-DOMICILIAIRE ET CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE

RP	Étape 1	Si cela n'a pas été fait avant l'apparition de l'épidémie, procéder à une analyse rapide de la situation (1) afin de sélectionner les approches ciblées appropriées dans chaque zone touchée (en fonction du contexte) (5)
	Étape 2	Si cela n'a pas été fait avant l'apparition de l'épidémie, concevoir des interventions telles que le traitement de l'eau à domicile (6), le traitement à la source de l'eau de boisson, la gestion des excréta et l'évacuation des eaux usées dans chaque zone touchée
ERR	Étape 3	Mettre en place un ensemble de mesures en EAH et en santé aux domiciles des cas et des voisins pour réduire la transmission au sein des ménages et celle liée à l'environnement (5).

INSTITUTIONS ET LIEUX PUBLICS ET RASSEMBLEMENTS DE POPULATION

RP	Étape 1	Identifier les institutions, les lieux publics et les rassemblements de population connus lors de précédentes épidémies ou récemment identifiés à la suite d'investigation comme source d'infection
	Étape 2	Conduire une évaluation rapide des risques liés à la manipulation d'aliments et aux pratiques alimentaires, à l'accès à l'eau et à l'évacuation des excréta et des eaux usées
	Étape 3	Préconiser et faciliter, si possible, l'analyse de la qualité des aliments et de l'eau par les autorités compétentes
ERR	Étape 4	Mener l'éducation à l'hygiène et à la santé à l'aide de promoteurs publics, de pièces de théâtre, de conférences ou de démonstrations pratiques
	Étape 5	Former les préposés à la manipulation d'aliments et les vendeurs de nourriture et fournir des dispositifs pour le lavage des mains au savon
	Étape 6	Assurer la sécurité de l'approvisionnement en eau grâce à un traitement de l'eau à la source, à la chloration du réseau d'eau à petite échelle et à la réparation rapide des infrastructures le cas échéant (en fonction du contexte)
	Étape 7	Assurer l'évacuation appropriée des excréta et de l'eau usée, le cas échéant (en fonction du contexte)

RITUELS FUNÉRAIRES

SMPS	Étape 1	Conduire une analyse de la situation pour i) recueillir des informations clés sur les croyances de la population, les rituels mortuaires et les perceptions des interventions sécurisées et ii) identifier qui est responsable de la manipulation, de la préparation et de l'enterrement du corps (7)
	Étape 2	En concertation avec la communauté et les chefs traditionnels et religieux, concevoir des adaptations acceptables des pratiques traditionnelles lorsque cela est nécessaire pour minimiser le risque de transmission tout en respectant les coutumes et la législation locale et en veillant à ce que la communauté comprenne et soit disposée à adopter ces adaptations (7)
RP	Étape 3	Former tous les acteurs de terrain et les équipes (« Quel matériel ? ») pour assurer la manipulation et la gestion sécurisée du corps, l'identification d'un lieu d'inhumation ou de crémation approprié et la conduite en toute sécurité des funérailles (7)
RF	Étape 4	Encadrer la manipulation et la gestion en toute sécurité des cadavres des victimes du choléra et l'identification d'un lieu d'inhumation ou de crémation approprié (7)
	Étape 5	En étroite collaboration avec les représentants de la communauté, soutenir la conduite de funérailles sécurisées et fournir un kit pour les cérémonies (6,7)

RT	RD	RP	SMPS	ERR	RF
Référent Technique (siège)	Responsable de Département	Responsable de Programme	Santé mentale et pratique de soins	Équipe de Réponse Rapide	Point focal Rituel Funéraire

² - L'autorisation de l'organisme public chargé de la lutte contre les épidémies doit être obtenue avant l'intervention d'ACF, en particulier dans le cas d'une épidémie non confirmée

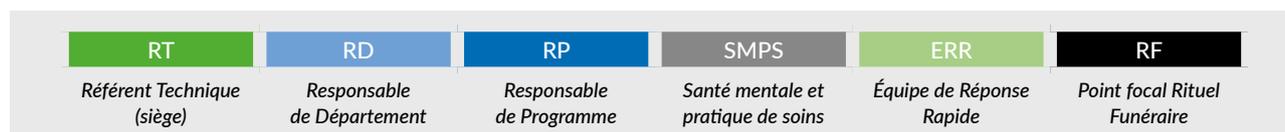
APRÈS L'ÉPIDÉMIE

RP

- Étape 1** Tirer les leçons apprises par l'organisation d'un atelier en interne dans un délai de deux semaines et en externe par le groupe de travail EAH
- Étape 2** Contribuer à la collecte et au nettoyage des données, ainsi qu'à l'interprétation des résultats des études d'efficacité et d'impact
- Étape 3** Mettre à jour et/ou produire des procédures opérationnelles standardisées supplémentaires relatives aux interventions d'ACF dans la communauté



Seuil de clôture des interventions : pas de cas pendant trois semaines consécutives



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- 3B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
- 3C ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des Équipes de Réponse Rapide ?'
- 3E Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- 3F ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires ?'
- ACF Lutter contre le choléra, chapitre 'Stratégie de réponse'
- WCA Cholera Platform 'Overview of the strategy to control and prevent cholera in West and Central Africa. The "Shield and Sword" concept'
- UNICEF guidance document 'Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak' (Draft)
- UNICEF Cholera Factsheets (20 countries through West and central Africa and East and Southern Africa)

RÉFÉRENCES

- (1) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de la situation ?'
- (2) The West and Central Africa Cholera Platform (2017), 'Overview of the strategy to control and prevent cholera in West and Central Africa The "Shield and Sword" concept'.
- (3) ACF (2013), 'Lutter contre le choléra'
- (4) UNICEF (2019), 'Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document'.
- (5) 3B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
- (6) 3G ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits de lutte contre le choléra dans la communauté ?'
- (7) 3F ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires ?'
- (8) 3A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?'
- (9) 3C ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des Équipes de Réponse Rapide ?'
- (10) 3E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- (11) 3D ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment cartographier des cas lors d'épidémies de choléra ?'

ANNEX 1 / CONTEXTE DE TRANSMISSION

Le contexte de transmission est défini comme les circonstances dans lesquelles une personne est le plus susceptible de contracter la maladie (1,2). Six contextes majeurs de transmission du *Vibrio cholerae* ont été identifiés en 2011 par ACF (2) et ont été revus en 2019 par UNICEF (3).

FIGURE 1 : SIX CONTEXTE DE TRANSMISSION DU CHOLÉRA.



État de l'infection au choléra

 Cas de choléra

 Décès lié au choléra

 Personne en bonne santé

Source: UNICEF (2019), 'Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document', adapted from ACF cholera handbook (2012)

ANNEXE 2 / FORMULAIRE D'INVESTIGATION DES CONTEXTES DE TRANSMISSION

(À adapter en fonction des paramètres de l'épidémie)

Date : _____	Formulaire complété par : _____	
Investigation du cas		
Nom du patient :		
Centre de prise en charge :		
Numéro d'enregistrement :		
Date d'admission :		
Cas index (oui/non) :		
Age :		
Sexe :		
Adresse (rue + section de la ville/nom du village) :		
Profession :		
Cas 1 : Transmission au domicile du cas et des voisins proches		
Y avait-il une autre personne malade du choléra ou de D&V dans le ménage ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	- Date de la maladie : _____
Y avait-il une autre personne malade du choléra ou de D&V dans la concession ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	- Date de la maladie : _____
La personne malade a-t-elle visité un domicile ou une concession où il y a eu des cas de choléra ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	- Qui : _____ - Date de la maladie : _____ <input type="checkbox"/> Avant admission <input type="checkbox"/> Après la sortie
La personne malade a-t-elle reçu la visite d'une personne où il y a eu des cas de choléra dans son domicile ou dans sa concession ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	- Qui : _____ - Date de visite : _____
Quelqu'un dans la maison a-t-il récemment voyagé dans une zone affectée ? (Pour les zones frontalières, précisez si cela inclut un séjour dans un pays voisin)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	- Lieu : _____ - Date : _____
Quelqu'un d'un autre village/ville touché(e) a-t-il récemment rendu visite au ménage ? (Précisez d'où venait le visiteur)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	- Lieu : _____
Cas 2 : Transmission environnementale		
Source de l'eau de boisson (Notez le lieu exact à visiter après l'enquête sur le ménage) : _____	<input type="checkbox"/> Rivière/ruisseau <input type="checkbox"/> Eau de pluie <input type="checkbox"/> Puits peu profond ouvert/non busé <input type="checkbox"/> Puits peu profond protégé <input type="checkbox"/> Source	<input type="checkbox"/> Forage avec pompe manuelle ou pompe submersible <input type="checkbox"/> Adduction d'eau <input type="checkbox"/> Vendeur d'eau <input type="checkbox"/> Autre : _____

Case 3 : Transmission pendant les rituels funéraires

La personne malade a-t-elle récemment participé à un rituel funéraire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Lieu : _____ - Date : _____ - Cause du décès : _____ <input type="checkbox"/> Assisté à la cérémonie <input type="checkbox"/> Manipulation du corps
Quelqu'un d'autre dans le domicile /la concession a-t-il participé à un rituel funéraire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Qui : _____ - Lieu : _____ - Date : _____ <input type="checkbox"/> Assisté à la cérémonie <input type="checkbox"/> Manipulation du corps

Case 4: Transmission au sein de la structure de prise en charge des cas

Est-ce que vous-êtes un garde-malade?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que vous ou votre famille avez rendu visite à un malade dans une structure de santé recevant des patients atteints du choléra ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Lieu : _____
Est-ce que vous habitez près d'une structure de santé recevant des patients atteints du choléra ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Lieu : _____ <input type="checkbox"/> Marché près du centre de prise en charge _____ <input type="checkbox"/> Point d'eau partagé par le centre de prise en charge _____
Est-ce que vous travaillez dans une structure de santé recevant des patients atteints du choléra ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Lieu : _____ - Fonction/poste : _____
Avez-vous consulté pour une autre maladie dans un centre de santé qui reçoit des cas de choléra	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Lieu : _____

Case 5 : Transmission lors de rassemblements de population

Au cours des trois derniers jours, la personne malade a-t-elle mangé l'un des aliments suivants en dehors de la maison ? ✓ cochez si Oui	<input type="checkbox"/> Fruits ou légumes crus <input type="checkbox"/> Jus de fruit <input type="checkbox"/> Glace <input type="checkbox"/> Nourriture vendus dans la rue	<input type="checkbox"/> Poisson or crustacé <input type="checkbox"/> Nourriture sur le marché <input type="checkbox"/> Lieu : _____
La personne malade a-t-elle récemment assisté à une cérémonie ou participé à un évènement public ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Lieu et type : _____ - Date : _____	
Quelqu'un d'autre dans le domicile /la concession a-t-il récemment assisté à une cérémonie ou participé à un évènement publique ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Qui : _____ - Lieu et type : _____ - Date : _____	
La personne malade appartient-elle à un groupe spécifique ?	<input type="checkbox"/> Pêcheurs <input type="checkbox"/> Enfants mendiants <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Prisonniers	<input type="checkbox"/> Conducteur de taxi <input type="checkbox"/> Vendeurs de glace <input type="checkbox"/> Agriculteurs <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____

La personne malade appartient-elle à un groupe spécifique ?

La personne malade a-t-elle récemment fréquenté une institution ou un lieu public ?	<input type="checkbox"/> Marché <input type="checkbox"/> École	<input type="checkbox"/> Lieu de culte <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____
---	---	---

COMMENT METTRE EN OEUVRE DES INTERVENTIONS CIBLÉES GÉOGRAPHIQUEMENT ?



POSITIONNEMENT

ACF recommande de cibler géographiquement les interventions dans la communauté afin de rationaliser les ressources et de maximiser l'impact sur la transmission des maladies



OBJECTIF

Réduire la transmission au sein des ménages et via l'environnement par une intervention ciblée géographiquement



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Accès aux coordonnées des contacts des malades pour des interventions ciblées géographiquement par les équipes de réponse rapide
- Mise en place d'une équipe multisectorielle avec le personnel santé pour la recherche des cas et l'administration du vaccin oral choléra

EAH + SMPS

- Évaluer la stigmatisation potentielle des bénéficiaires de l'intervention

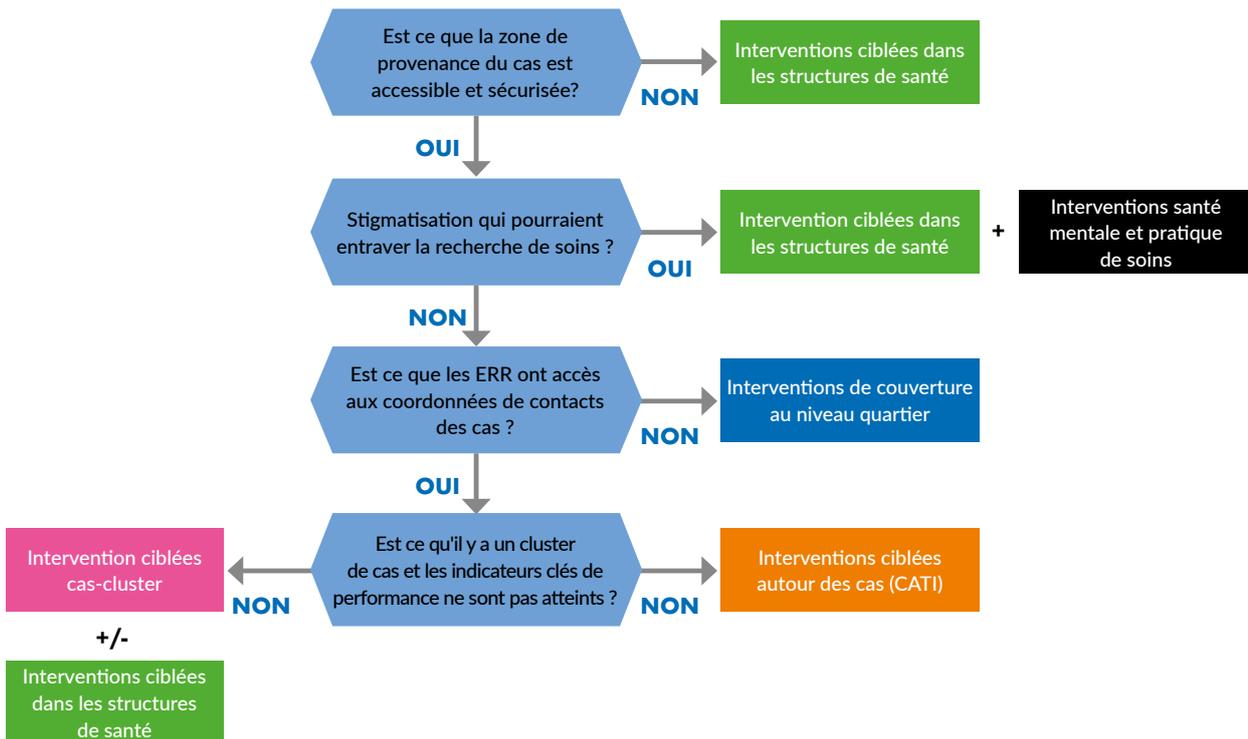
QUEL TYPE DE MÉCANISMES D'INTERVENTION CIBLÉS ?

- **Interventions ciblées dans les structures de santé** ■■■
un paquet standardisé d'interventions délivré dans les structures de santé aux ménages des cas (1)
- **Interventions ciblées autour des cas (CATI)** ■■■
un paquet spécifique d'interventions sur mesure mis en œuvre par une équipe de réponse rapide auprès des ménages des cas et des voisins dans un périmètre défini (1)
- **Interventions ciblées cas-cluster** ■■■
un paquet spécifique d'interventions sur mesure mis en œuvre par une équipe de réponse rapide ciblant les *clusters* locaux de cas de choléra (1)
- **Intervention de couverture au niveau des quartiers** ■■■
un paquet spécifique d'interventions sur mesure mis en œuvre par une équipe de réponse rapide ciblant le quartier touché (1)

Une représentation schématique des approches ciblées (annexe 1) et un résumé des preuves scientifiques (annexe 2) se trouvent à la fin de la fiche technique.

QUELLE APPROCHE CIBLÉE CHOISIR ?

FIGURE 1: PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION POUR LES APPROCHES CIBLÉES.



* Non-atteinte des indicateurs de performance = Moins de 80 % des domiciles des cas désinfectés ou plus de 48 heures en moyenne entre l'admission du patient et l'intervention au domicile du cas sur une semaine.

**Un cluster de cas est défini comme un agrégat d'au moins 5 cas dans un rayon de 50 à 150 m selon la densité de la population

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS, PAR PHASE DE L'ÉPIDÉMIE ?

AVANT L'ÉPIDÉMIE

RT	RD	RP	AEAH	ERR	AD
Référent technique (Siège)	Responsable de Département	Program Manager	Agent EAH	Équipe Réponse Rapide	Analyste de données

RD	Étape 1	Plaider auprès des organes gouvernementaux et des organes de coordination sectoriels compétents en faveur d'une stratégie qui favorise les approches ciblées géographiquement.
	Étape 2	Contribuer aux documents de réponse sectoriels et multisectoriels en utilisant cette fiche technique.
	Étape 3	Convenir avec les organismes gouvernementaux compétents et l'organisme de coordination du secteur de la santé du principe de géo-référencement des domiciles des patients et donc de la nécessité pour les équipes de réponse rapide d'accéder facilement au numéro d'enregistrement, à l'adresse et aux numéros de téléphone du patient.
	Étape 4	Évaluer la capacité interne de cartographie SIG et, si nécessaire, identifier au préalable une ressource à former (2).
	Étape 5	Informer ou former régulièrement (simulation sur le terrain) les responsables du programme EAH et le personnel de terrain sur la façon de cartographier les cas de choléra en utilisant l'application Kobo ainsi que le GPS et QGIS (2).
	Étape 6	Estimer, commander et pré-positionner le matériel et les fournitures pour l'équipe de réponse rapide avant la saison épidémique et/ou lorsque le risque de propagation de l'épidémie de choléra à partir des pays voisins augmente.
RT	Étape 7	Préétablir un contact avec des instituts de recherche pour évaluer l'efficacité et l'impact des mécanismes d'intervention ciblées sur le plan géographique pendant une épidémie de choléra.

PENDANT L'ÉPIDÉMIE

RT	RD	RP	AEAH	ERR	AD
<i>Référent technique (Siège)</i>	<i>Responsable de Département</i>	<i>Program Manager</i>	<i>Agent EAH</i>	<i>Équipe Réponse Rapide</i>	<i>Analyste de données</i>

INTERVENTIONS CIBLÉES DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

AEAH	<p>Étape 1 Identifier pour chaque patient atteint de choléra, un membre de la famille à former et à équiper. Le participant doit être en mesure de désinfecter le domicile du patient dès que possible (1-2 jours).</p> <p>Étape 2 Informer le participant des signes et symptômes du choléra, de la transmission du choléra, des gestes pour se protéger, du recours aux services de santé (3).</p> <p>Étape 3 Former le participant à l'utilisation de tous les éléments du kit ménage contre le choléra et du kit de désinfection domiciliaire, y compris la méthode de traitement de l'eau à domicile - si possible en utilisant une maison témoin (3,4).</p> <p>Étape 4 Distribuer un kit ménage contre le choléra et un kit de désinfection domiciliaire avec des instructions sous forme de dessins.</p> <p>Étape 5 Enquêter sur les circonstances dans lesquelles le patient est tombé malade (5).</p>
ERR	<p>Étape 6 Idéalement, géo-référencer le domicile du patient, si l'accès au ménage est accordé et s'il n'y a pas de stigmatisation associée (2). Cela permettra d'identifier des <i>clusters</i> de cas.</p>

INTERVENTIONS CIBLÉES AUTOUR DES CAS (CATI)

ERR	<p>Étape 1 Recueillir les informations sur le ou les du patient(s) atteint(s) de choléra (nom complet, date d'admission, adresse, deux numéros de téléphone)¹.</p> <p>Étape 2 Présenter les membres de l'équipe et leur rôle aux chefs de la communauté, s'enquérir de toute stigmatisation associée à la réponse et rechercher un accord pour l'intervention (première intervention).</p> <p>Étape 3 Effectuer la désinfection de la maison conformément à la procédure opérationnelle standardisée élaborée dans la fiche technique correspondante (3), y compris le géo-référencement du lieu de résidence du cas (2) et l'enquête sur le contexte de transmission (5).</p> <p>Étape 4 Informer les voisins (50 à 150m autour du domicile du cas) des signes et symptômes du choléra, de sa transmission, des gestes pour se protéger et du recours aux services de santé.</p> <p>Étape 5 Délivrer et montrer comment utiliser les différents éléments d'un kit ménage contre le choléra (4).</p> <p>Étape 6 Conduire la recherche active de cas et démarrer la réhydratation quand l'accès aux centres de santé est retardé ou difficile. Référez tout cas suspect de choléra rencontré pendant l'intervention et informer immédiatement l'équipe de désinfection des ménages afin que l'intervention puisse avoir lieu sans délai.</p> <p>Étape 7 Selon le protocole national en vigueur dans votre pays d'intervention, possible administration de vaccination orale choléra.</p> <p>Étape 8 Traiter la source d'eau potable du ménage lorsque cela est possible et pertinent.</p> <p>Étape 9 Informer le RP du contexte de la transmission afin qu'il puisse prendre des mesures supplémentaires en cas de transmission liée à l'environnement, aux établissements de santé, aux rassemblements de population, aux lieux publics, aux enterrements et aux funérailles.</p> <p>Étape 10 Enregistrer les indicateurs clés de performance de l'intervention et le contexte de transmission.</p>
AD	<p>Étape 11 Cartographier quotidiennement l'emplacement du domicile des patients pour identifier les <i>clusters</i> de cas². Enregistrer la date d'admission plutôt que la date d'intervention (2).</p>

INTERVENTIONS CIBLÉES CAS-CLUSTER

ERR	<p>Étape 1A Effectuer les étapes 1 à 3 de l'approche CATI</p> <p>Étape 1B Effectuer les étapes 1 à 3 de l'approche CATI dans les zones fortement touchées et les étapes 1 à 5 de l'approche ciblée dans les établissements de santé dans les zones moins touchées si les indicateurs clés de performance sont faibles (Figure 1).</p>
AD	<p>Étape 2 Tous les trois jours à une fois par semaine (en fonction de l'évolution de l'épidémie), cartographier l'emplacement du domicile des patients afin d'identifier les <i>clusters</i> de cas. Enregistrer la date d'admission plutôt que la date d'intervention (2).</p>
ERR	<p>Étape 3 Informer les ménages vivant dans les <i>clusters</i> de cas des signes et symptômes du choléra, de la transmission du choléra, des gestes pour se protéger et du recours aux services de santé.</p> <p>Étape 4 Livrer et montrer comment utiliser les différents éléments d'un kit ménage contre le choléra (4).</p> <p>Étape 5 Référez tout cas suspect de choléra rencontré pendant l'intervention.</p> <p>Étape 6 Traiter les différentes sources d'eau potable (chloration au seaux, distributeur de chlore, chloration réseau d'adduction d'eau à petite échelle) dans les <i>clusters</i> de cas.</p>

1 - Au début de l'intervention, seuls les cas admis dans les dernières 24 heures seront pris en compte. Les cas enregistrés en premier seront traités en priorité afin de respecter le délai de 48 heures.

2 - Un cluster de cas est défini comme un agrégat d'au moins 5 cas dans un rayon de 50 à 150 m selon la densité de la population

RP	Étape 7	Préconiser la fermeture des points d'eau contaminés ou à haut risque lorsqu'aucune autre mesure ne peut être prise (traitement de l'eau à la source, réhabilitation des points d'eau).
	Étape 8	Collaborer avec le laboratoire national pour l'analyse de la qualité de l'eau, y compris la détection du vibrion choléra et de e-coli dans les échantillons d'eau.
	Étape 9	Mettre en place des solutions temporaires alternatives pour la fourniture d'eau potable (camion-citerne, réservoirs d'eau / réservoirs souples avec robinets) lorsque l'accès aux points d'eau est restreint.
DA	Étape 10	Identifier les <i>clusters</i> de cas qui persistent dans le temps (plus de trois semaines) (2).
RP	Étape 11	Mener une enquête de terrain approfondie s'il existe un <i>cluster</i> persistant pour comprendre la raison et identifier les interventions correctives à mener (Annexe 3 - Etude de cas en Guinée).

INTERVENTIONS DE COUVERTURE AU NIVEAU DES QUARTIERS

ERR	Étape 1	Collecter des informations relatives aux quartiers ou villages touchés lors de la réunion de surveillance organisée par l'équipe de gestion du district ou directement au niveau des établissements de traitement du choléra.
	Étape 2	Informers les ménages vivant dans le quartier touché des signes et symptômes du choléra, de la transmission du choléra, des gestes pour se protéger et du recours aux services de santé.
	Étape 3	Livrer et montrer comment utiliser les différents éléments d'un kit ménage contre le choléra (4).
	Étape 4	Référer tout cas suspect de choléra rencontré pendant l'intervention.

APRÈS L'ÉPIDÉMIE

	RT	RD	RP	AEAH	ERR	AD
	Référent technique (Siège)	Responsable de Département	Program Manager	Agent EAH	Équipe Réponse Rapide	Analyste de données
RP	Étape 1	Tirer les leçons apprises par l'organisation d'un atelier en interne dans un délai de deux semaines et en externe par le groupe de travail EAH.				
	Étape 2	Contribuer à la collecte et au nettoyage des données, ainsi qu'à l'interprétation des résultats des études d'efficience et d'impact.				
	Étape 3	Mettre à jour et/ou produire des procédures opérationnelles standardisées supplémentaires relatives aux mécanismes d'intervention d'ACF dans la communauté.				

→ **Seuil de clôture des interventions : pas de cas pendant trois semaines consécutives**

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

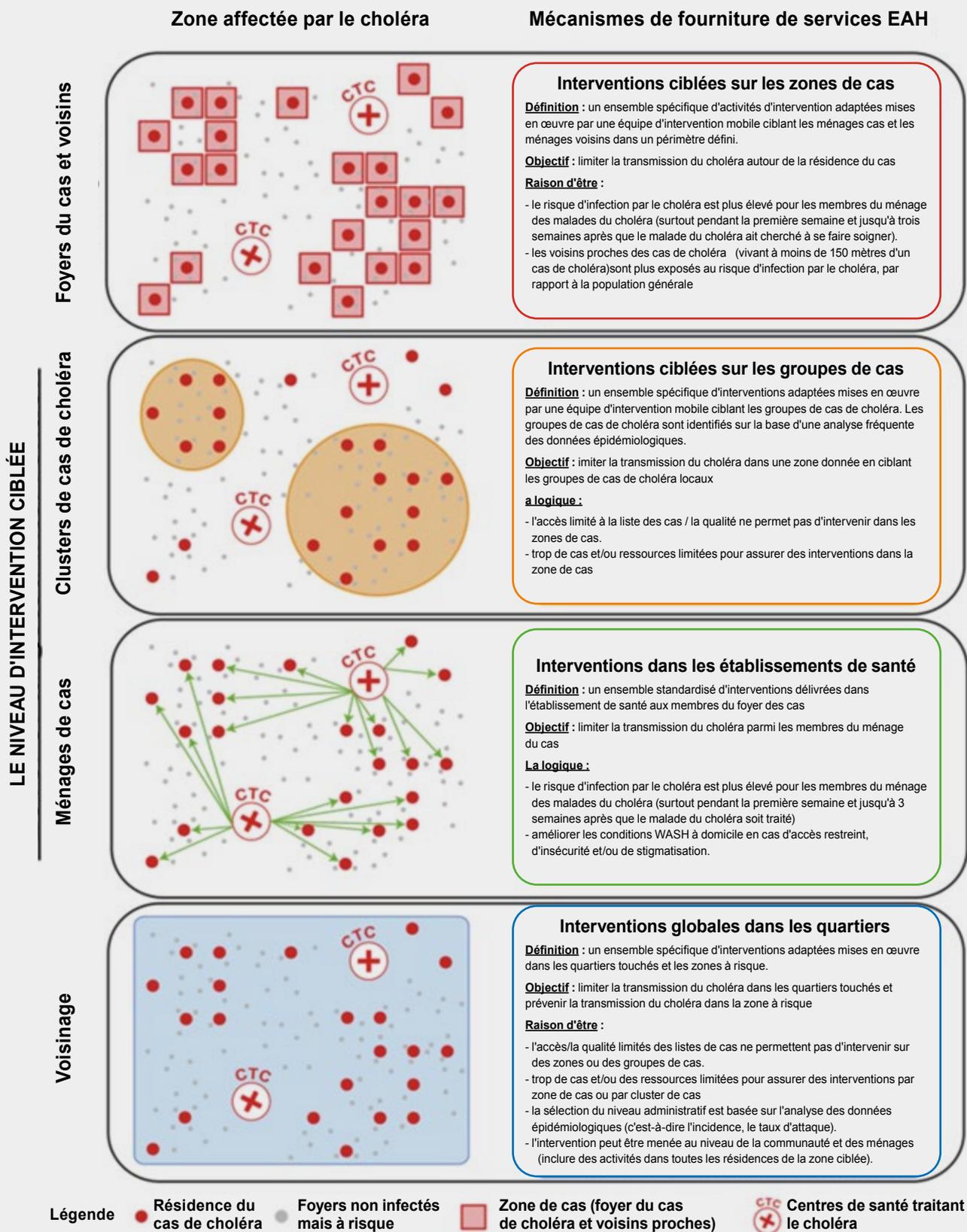
- 3A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?'
- 3C ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des Équipes de Réponse Rapide ?'
- 3D ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment cartographier des cas lors d'épidémies de choléra ?'
- 3E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- ACF 'Lesson learnt report on the cross-border cholera outbreak in Sierra Leone and Guinea in 2012'
- ACF Lutter contre le choléra, chapitre 'Stratégie de réponse'
- WCA Cholera Platform 'Overview of the strategy to control and prevent cholera in West and Central Africa. The "Shield and Sword" concept'
- UNICEF guidance document 'Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak' (Draft)

RÉFÉRENCES

- (1) UNICEF (2019), "Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document"
- (2) 3D ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment cartographier des cas lors d'épidémies de choléra ?'
- (3) 3E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- (4) 3G ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits de lutte contre le choléra dans la communauté ?'
- (5) 3A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?'
- (6) George, Christine Marie, Monira, Shirajum, Sack, David A., Rashid, Mahamud Ur, et al. (2016) 'Randomized controlled trial of hospital-based hygiene and water treatment intervention (CHoBI7) to reduce cholera'. *Emerging Infectious Diseases*, 22(2), pp. 233-241.
- (7) Debes, Amanda K., Ali, Mohammad, Azman, Andrew S., Yunus, Mohammad and Sack, David A. (2016) 'Cholera cases cluster in time and space in Matlab, Bangladesh: implications for targeted preventive interventions'. *International Journal of Epidemiology*.
- (8) Azman, Andrew, Alcalde, Francisco Javier Luquero, Salje, Henrik, Naibei, Nathan, et al. (2018) 'Micro-hotspots of Risk in Urban Cholera Epidemics'. *bioRxiv*, p. 248476.
- (9) Weil, Ana A, Khan, Ashraf ul I, Chowdhury, Fahima, LaRocque, Regina C, et al. (2009) 'Clinical Outcomes in Household Contacts of Patients with Cholera in Bangladesh'. *Clin Infect Dis.*, 15(49), pp. 1473-1479.
- (10) Michel, Edwige, Gaudart, Jean, Beaulieu, Samuel, Bulit, Gregory, et al. (2019) 'Effectiveness of case-area targeted response interventions against cholera: a quasi-experimental study in Haiti'. *Lancet*, Pre-print.

ANNEXE 1 / REPRÉSENTATION SHÉMATIQUE DES APPROCHES DE CIBLAGE DE CIBLAGE

FIGURE 2: REPRÉSENTATION SHÉMATIQUE DES APPROCHES DE CIBLAGE UTILISÉES LORS DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA.



Légende ● Résidence du cas de choléra ● Foyers non infectés mais à risque ■ Zone de cas (foyer du cas de choléra et voisins proches) CTC+ Centres de santé traitant le choléra

Source : UNICEF (2019), "Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document"

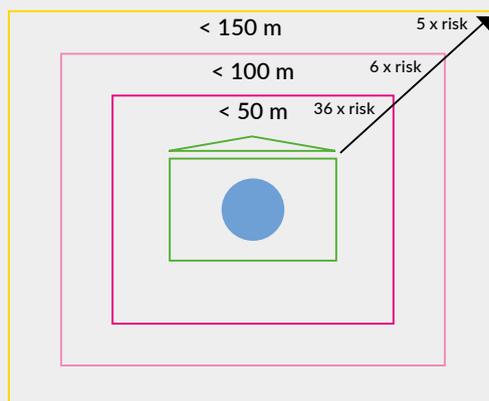
ANNEXE 2 / EFFICIENCE DES APPROCHES DE CIBLAGE

JUSTIFICATION

- Le risque d'infection par le choléra est plus élevé pour les membres de la famille des patients atteints de choléra (6) et les voisins proches (7, 8, 9).
- Le risque d'infection par le choléra au cours des trois premiers jours est 36 fois plus élevé dans un rayon de 50 mètres autour d'un cas confirmé (7).
- Le risque reste élevé jusqu'à 150 m et dans les trois semaines qui suivent (7)

FIGURE 3: RISQUE ACCRU DE TRANSMISSION DE LA MALADIE POUR LES VOISINS PROCHES DES CAS DE CHOLÉRA.

Source : Modified from MSF (2017), Debes et al. (2016) and Azman et al. (2018)



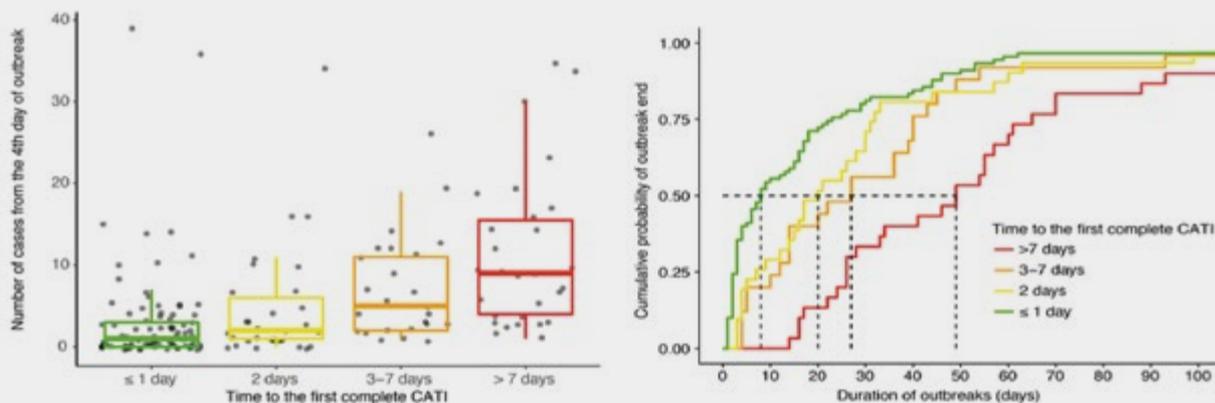
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

1. Efficience des interventions ciblées autour des cas en Haïti entre 2015 et 2017 (10)

Plus tôt le premier CATI complet a été mise en œuvre, plus court a été la durée des épidémies (Fig. 4A) et moindre le nombre de cas de choléra a été enregistrés (Fig. 4B) à partir du 4ème jour de l'épidémie

FIGURE 4 : RÉSULTATS DE L'ÉPIDÉMIE SELON LA CLASSE DE RAPIDITÉ DE RÉPONSE

(A) comparaison du nombre de cas suspects de choléra à partir du 4ème jour de l'épidémie et (B) comparaison Kaplan-Meier de la durée des épidémies, en fonction du temps nécessaire pour le premier CATI complet.



Source : Michel et al. (2019)

2. Efficience des interventions ciblées dans les structures de santé au Bangladesh en 2016 (6)

La promotion du lavage des mains au savon et du traitement de l'eau auprès des contacts des cas au sein de l'établissement de traitement du choléra réduit la transmission d'environ 50 %.

ANNEXE 3 / ÉTUDE DE CAS : ENQUÊTE DE TERRAIN DANS LE CLUSTER PERSISTANT DE KAPORO EN GUINÉE, 2012

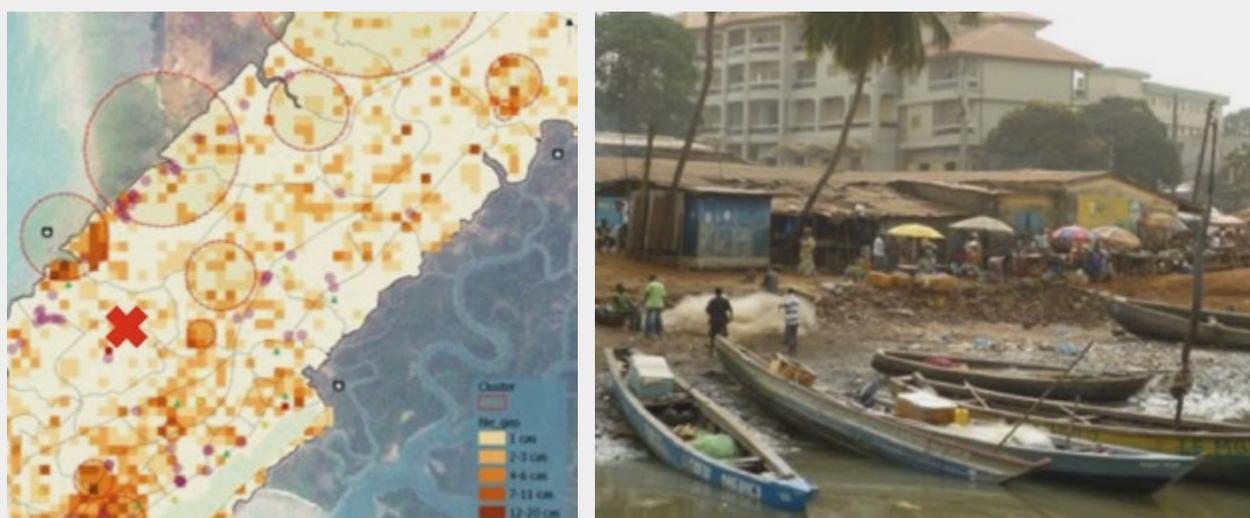
CONTEXTE

En 2012, ACF a répondu à une épidémie de choléra à grande échelle dans la capitale Conakry (Guinée). Dans cet environnement densément peuplé, l'équipe de réponse à l'épidémie a décidé de mettre en place un mécanisme de réponse innovant en milieu urbain en géo-référençant les domiciles des patients. Les coordonnées géographiques des foyers ont ensuite été cartographié à l'aide d'un logiciel SIG libre d'exploitation. Chaque semaine, des *clusters* de cas de choléra ont été identifiés et ciblés pour une intervention. Dans un quartier de la ville (Kaporo), un *cluster* de cas a persisté dans le temps malgré la désinfection des domiciles et l'éducation à la santé et à l'hygiène des voisins. Une équipe de deux personnes (spécialistes de la santé publique et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène) a mené une enquête de terrain pour comprendre les raisons de la persistance de la maladie dans ce quartier. Un résumé des résultats est présenté ci-dessous.

OBSERVATION

- Une conduite d'eau sectionnée repose dans un caniveau
- La plupart de la population touchée travaille dans le port de pêche
- La défécation en plein air est observée dans l'eau et autour du port de pêche
- Les enfants et leur mère pêchent à la sortie d'un canal d'évacuation des eaux usées
- Les travailleurs du port de pêche sont bien organisés et les groupes sont structurés par profession : pêcheurs, négociants en poisson, transformateurs de poisson, mécaniciens et charpentiers

FIGURE 5 : REPRÉSENTATION DU CLUSTER PERSISTENT DE CAS DE CHOLÉRA DE KAPORO (A) ET CLICHÉ DE LA ZONE (B)



ACTIONS ENTREPRISES

- Réparation rapide de la conduite d'eau en collaboration avec la société nationale d'approvisionnement en eau
- Formation et équipement des vendeurs d'eau en matière de chloration de l'eau
- Intégration de messages de promotion relatifs au risque de défécation en plein air dans le port et de la pêche à proximité
- Groupes de discussion avec les travailleurs des ports de pêche organisés par profession
- Projection du film "Histoire du choléra" dans le centre de jeunesse

COMMENT METTRE EN PLACE DES ÉQUIPES DE RÉPONSE RAPIDE ?



POSITIONNEMENT

ACF recommande d'utiliser des Équipes de Réponse Rapide pour des interventions en temps voulu, fondées sur l'épidémiologie et ciblées géographiquement afin de maximiser l'impact sur la transmission de la maladie



OBJECTIF

Réduire la transmission du choléra dans la communauté grâce à un mécanisme de réponse mobile, rapide et performant



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Accès aux données épidémiologiques pour des interventions ciblées géographiquement et fondées sur l'épidémiologie
- Mise en place d'une équipe multisectorielle avec le personnel santé pour la recherche des cas et l'administration du vaccin oral choléra

EAH + SMSP

- Évaluer la perception de l'intervention par la communauté, ainsi que les obstacles et les facteurs de facilitation qui en découlent pour adapter la communication, le mécanisme de mise en œuvre et l'intervention

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Une équipe de réponse rapide est une équipe mobile restreinte, pluridisciplinaire et mixte composée de personnel qualifié, idéalement issu d'ACF et des agences gouvernementales, capable de répondre dans les 48 heures aux alertes de choléra et de protéger les communautés à risque
- Parmi les six contextes récurrents de transmission (1), l'équipe d'intervention se concentrera sur la transmission au sein du domicile des malades et des voisins, liée à la contamination de l'environnement et dans les institutions et lieux publics
- Pour réduire efficacement la transmission au sein des ménages et dans l'environnement, des approches ciblées telles que les Interventions Ciblées Autour des Cas (CATI), les Interventions Ciblées Cas-Cluster et les Interventions Ciblées dans les Structures de Santé sont utilisées seules ou en combinaison avec d'autres, selon les conditions sur le terrain (2)

QUELLES PREUVES ?

- Le risque d'infection par le choléra est plus élevé pour les membres de la famille des patients (3) et les voisins proches (4, 5, 6).
- Le risque d'infection par le choléra au cours des trois premiers jours est 36 fois plus élevé dans un rayon de 50 mètres autour d'un cas confirmé (4). Le risque reste élevé jusqu'à 150 m et dans les trois semaines qui suivent (4).
- En Haïti, l'approche CATI a montré une réduction de la durée des épidémies et du nombre de cas de choléra (7)
- Au Bangladesh, la promotion du lavage des mains au savon et du traitement de l'eau auprès des contacts des patients au sein de la structure de prise en charge des cas de choléra a réduit la transmission d'environ 50 % (3).

QUELLES INTERVENTIONS ?

Les interventions ciblées autour des cas (CATI) et les interventions ciblées cas-cluster peuvent comprendre les interventions suivantes :

- ✓ Évaluation de la perception de l'intervention par la communauté et des obstacles qui en découlent, telle que la stigmatisation
- ✓ Recherche active de cas et réhydratation à domicile lorsque l'accès aux structures de prise en charge est retardé ou restreint
- ✓ Référencement de tout cas suspect de choléra rencontré au cours de l'intervention, à tous les niveaux
- ✓ Possible administration de vaccin oral choléra selon le contexte et directives des protocoles nationaux en place
- ✓ Appuyer si nécessaire la collecte et le transport d'échantillons dans des Cary-Blair pour la confirmation du choléra. Le test de diagnostic rapide peut être utilisé pour identifier rapidement les cas de choléra dans une population, tout poursuivant la confirmation de l'épidémie à travers les méthodes de culture et PCR.
- ✓ Enquêter sur les circonstances dans lesquelles le patient a contracté le choléra (1)
- ✓ Enquêter sur les facteurs de risque environnementaux autour des cas (analyse de la qualité des sources d'eau, conditions de la gestion des excréta et des eaux usées).
- ✓ Désinfection du domicile des cas dans les 48 heures selon les procédures opérationnelles standardisées (8)
- ✓ Éducation à l'hygiène et à la santé avec distribution et démonstration de l'utilisation des kits ménage de lutte contre le choléra (9) aux voisins du cas (50 à 150 m autour de la résidence du cas) ou au sein d'un groupe de cas (cluster)
- ✓ Traitement de la ou les sources d'eau de boisson du ménage ou du cluster de cas, lorsque cela est possible et pertinent (installations d'eau améliorées, 0 FCU/100ml)
- ✓ Enregistrement des indicateurs clés de performance pour les interventions et les résultats de l'investigation des cas et de l'évaluation de l'environnement sur le terrain
- ✓ Géo-référencement du lieu de résidence des cas de choléra (10)

QUELLES RESSOURCES HUMAINES ?

L'Équipe de Réponse Rapide est composée de deux à quatre personnes combinant différentes qualifications.

TERMES DE RÉFÉRENCE DES MEMBRES DES ÉQUIPES DE RÉPONSE RAPIDE



	COMPÉTENCE	RÔLE
CHEF D'ÉQUIPE	Responsable EAH ou de l'hygiène du milieu avec des compétences de base en épidémiologie	Coordination de l'équipe Perception de la communauté Soutenir la confirmation du choléra Investigation des cas et enquête environnementale
TECHNICIEN EAH	Responsable EAH ou de l'hygiène du milieu	Désinfection des domiciles des cas Traitement de l'eau à la source
PROMOTEUR SANTÉ ET HYGIÈNE	Capable de parler le dialecte local avec des compétences en matière de mobilisation sociale et de sensibilisation de la communauté	Référencement des cas / Recherche active des cas et possible démarrage réhydratation à domicile Éducation à l'hygiène et à la santé Distribution de kits choléra ménages
CHAUFFEUR	Bonne connaissance de la région	

Idéalement, les Équipes de Réponse Rapide devraient être :

- Mixtes avec des membres d'ACF et du gouvernement
- Équilibrées du point de vue du genre et des ethnies
- Adaptées à la culture (parler les dialectes locaux)
- Capables de faire participer les communautés locales

Le personnel expatrié ayant des compétences en épidémiologie peut être déployé si les capacités locales sont absentes ou insuffisantes

Pour améliorer le rapport coût-efficacité et les indicateurs clés de performance (délai d'intervention, pourcentage de cas répondus), les personnes de la communauté disposant de leurs propres moyens de transport peuvent être supervisées, formées, employées et équipées pour la désinfection des domiciles par les Équipes de Réponse Rapide.

QUELS MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS ?

- ✓ Kit choléra ménage (9)
- ✓ Kit de désinfection domiciliaire (9)
- ✓ Un pulvérisateur de chlore de 15-20L (sans pièce métallique)
- ✓ Chlore en poudre (par exemple, hypochlorite de calcium) (11)
- ✓ Un jerrican de 20L
- ✓ Équipement de protection (imperméable, gants, lunette, masque respiratoire, bottes)
- ✓ Matériel d'éducation à la santé et à l'hygiène
- ✓ Dispositifs de suivi GPS pour permettre le géo-référencement des cas
- ✓ Crédit téléphonique
- ✓ Location de voitures et/ou de motos

QUEL COÛT ?

Un mécanisme de financement spécifique et flexible est recommandé pour maintenir un transport et un approvisionnement adéquats. Dans les études de cas par pays ci-dessous, le principal élément de coût était la location de voiture.

TABLEAU 1: EXEMPLE DE COÛTS DES ÉQUIPES DE RÉPONSE RAPIDE PAR PAYS.

PAYS	HAÏTI	YÉMEN	ZIMBABWE
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	Quatre membres. 57 équipes dans 10 départements Équipes 'mixtes' et multisectorielles, avec des membres des partenaires gouvernementaux (MSPP's EMIRA) et des ONGs (SI, ACTED et ACF)	Deux membres. Entre 400 – 850 équipes dans 22 gouvernorats. Équipes non 'mixtes', avec des membres du secteur EAH et du partenaire gouvernemental (GARWSP)	Quatre membres. 8 équipes. Équipes 'mixtes' et multisectorielles, avec des membres des partenaires gouvernementaux (Harare Health Division, Environmental-Health Officers) et des ONGs (Goal and Oxfam)
COUVERTURE DE LA RÉPONSE	10 à 20 ménages par cas	20 à 21 ménages par jour	10 à 20 ménages par cas
COÛT	US\$ 10 234 USD par équipe par mois	US\$ 2 400 pour les équipes urbaines à US\$ 3 000 pour les équipes rurales, par mois	US\$ 2 600 à US\$ 5 600 USD par mois
COMPOSANTE BUDGÉTAIRE	Salaires et primes, location de voitures, carburant et entretien, matériel et fournitures, et coûts opérationnels et administratifs pour UNICEF	Salaires et primes, location de voitures, carburant et entretien, matériel et fournitures, et coûts opérationnels et administratifs pour GARWSP	Location de voitures, carburant et entretien

Source : UNICEF assessment report (2019) 'WASH Rapid Response Teams in Cholera Outbreak Settings'

QUELLES SONT LES ACTIONS CLEFS ?

Les étapes ci-dessous décrivent le processus de mise en place des Équipes de Réponse Rapide et devraient idéalement être réalisées pendant la phase de préparation :

	RT Réfèrent technique (siège)	RDD Responsable de département	DP Directeur Pays	RDDW responsable de département EAH
DP	Étape 1 Promouvoir, avec les organismes gouvernementaux compétents, l'UNICEF et les organes de coordination, l'élaboration d'une stratégie nationale qui favorise des interventions de réponse en temps voulu, fondées sur l'épidémiologie et ciblées géographiquement, par le biais des équipes de réponse rapide, et plaider pour son inclusion dans le "plan de préparation et de réponse"			
	Étape 2 Pré-identifier et contacter les donateurs intéressés par le financement de mécanisme de réponse rapide (UNICEF, CDC, ECHO, FCDO) afin d'obtenir idéalement un financement de préparation ou un accord de financement de réserve pour la réponse aux épidémies.			
RDD	Étape 3 Conduire une analyse de la situation (12) afin d'obtenir des indications sur le calendrier des interventions, les zones d'intervention possibles, les approches ciblées, les activités et les populations cibles : <ul style="list-style-type: none"> • Profil des précédentes épidémies de choléra (fardeau du choléra, durée des épidémies, choléra hotspots, zones touchées par le choléra, saisonnalité, facteur de risque, population à haut risque) • Cartographie de la capacité de réponse des acteurs humanitaires dans les choléra hotspots • Aspects EAH et psycho-sociaux dans les hotspots choléra (1,2) • Évaluation de la sécurité dans les hotspots choléra pour anticiper toute restriction du déploiement sur le terrain 			
	Étape 4 Convenir avec les organismes gouvernementaux compétents et l'organisme de coordination du secteur de la santé d'un accès facilité aux informations épidémiologiques 1) au niveau national à des fins de planification de l'intervention et 2) au niveau opérationnel par les Équipes de Réponse Rapide lors des épidémies de choléra (y compris les coordonnées des contacts des patients, l'emplacement précis du domicile et la profession de celui-ci). Dans le cas d'un mécanisme de réponse rapide à l'échelle nationale soutenu par l'UNICEF, ACF pourrait effectuer une simulation du système d'alerte-réponse dans sa zone d'intervention.			
RDDW	Étape 5 Pré-identifier les membres des Équipes de Réponse Rapide (Quelles ressources humaines ?) et adapter la composition de l'équipe en fonction des compétences locales			
	Étape 6 Développer des directives et un module de formation pour la simulation sur site et former régulièrement les responsables de programmes EAH et santé, le personnel de terrain et si possible les membres d'équipe pré-identifiés aux bases de l'épidémiologie sur le terrain (système de surveillance et d'alerte, investigation, gestion des données, utilisation de dispositif GPS, production cartographique) et à la stratégie d'intervention des Équipes de Réponse Rapide (1,2,8-11)			
RDD	Étape 7 Estimer, commander et pré-positionner le matériel et les fournitures pour les Équipes de réponse rapide avant la saison épidémique et/ou lorsque le risque de propagation du choléra à partir des pays voisins augmente			
RT	Étape 8 Préétablir un contact avec des instituts de recherche pour évaluer le rapport coût-efficacité et l'impact du mécanisme de réponse rapide			



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- 3A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?'
- 3B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
- 3E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- 3G ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits de lutte contre le choléra dans la communauté ?'
- ACF [Lutter contre le choléra 'Stratégie de réponse'](#)
- UNICEF guidance document 'Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak' (Draft version)
- UNICEF assesment report 'Global Review of water, sanitation and hygiene (WASH) components in rapid response mechanisms and rapid response teams in cholera outbreak settings' (Draft version)

RÉFÉRENCES

- (1) 3A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?'
 - (2) 3B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
 - (3) George, Christine Marie, Monira, Shirajum, Sack, David A., Rashid, Mahamud Ur, et al. (2016) 'Randomized controlled trial of hospital-based hygiene and water treatment intervention (CHoBI7) to reduce cholera'. *Emerging Infectious Diseases*, 22(2), pp. 233–241.
 - (4) Debes, Amanda K., Ali, Mohammad, Azman, Andrew S., Yunus, Mohammad and Sack, David A. (2016) 'Cholera cases cluster in time and space in Matlab, Bangladesh: implications for targeted preventive interventions'. *International Journal of Epidemiology*.
 - (5) Azman, Andrew, Alcalde, Francisco Javier Luquero, Salje, Henrik, Naibei, Nathan, et al. (2018) 'Micro-hotspots of Risk in Urban Cholera Epidemics'. *bioRxiv*, p. 248476.
 - (6) Weil, Ana A, Khan, Ashraf ul I, Chowdhury, Fahima, LaRocque, Regina C, et al. (2009) 'Clinical Outcomes in Household Contacts of Patients with Cholera in Bangladesh'. *Clin Infect Dis.*, 15(49), pp. 1473–1479.
 - (7) Michel, Edwige, Gaudart, Jean, Beaulieu, Samuel, Bulit, Gregory, et al. (2019) 'Effectiveness of case-area targeted response interventions against cholera: a quasi-experimental study in Haiti'. *Lancet*, Pre-print.
 - (8) 3E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
 - (9) 3G ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits de lutte contre le choléra dans la communauté ?'
 - (10) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment cartographier des cas lors d'épidémies de choléra ?'
 - (11) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment préparer et stocker des solutions chlorées à l'aide de différents produits ?'
 - (12) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de la situation ?'
-

COMMENT CARTOGRAPHIER LES CAS LORS D'ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF recommande de cartographier les cas de choléra lors d'épidémies afin de mieux cibler les interventions dans la communauté



OBJECTIF

Localiser avec précision les cas de choléra et identifier les potentiels clusters de cas afin de réduire efficacement la transmission dans les ménages et dans l'environnement



RESPONSABILITÉ

Analyste de données ou Gestionnaire de l'information



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Les professionnels de santé communiquent l'adresse du domicile des patients aux équipes de réponse rapide

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Le risque d'infection par le choléra est plus élevé pour les membres des ménages des patients atteints de choléra (1) et les voisins proches (2, 3, 4) ;
- En Haïti, une approche ciblée au sein et autour du domicile des patients (*Case Area Targeted Intervention*¹) a permis de réduire la durée des épidémies et le nombre de cas de choléra (5) ;
- ACF recommande des interventions dans la communauté en temps voulu, ciblées géographiquement et fondées sur l'épidémiologie afin de réduire efficacement la transmission dans les ménages et dans l'environnement ;
- ACF recommande d'utiliser l'intervention ciblée cas-cluster² comme mécanisme de réponse, lorsque les cas se regroupent dans le temps et l'espace³ et lorsque les objectifs des indicateurs de performance ne sont pas atteints⁴ ;
- Pour permettre l'identification des grappes de cas (*cluster*) et donc des interventions ciblées, les domiciles des patients atteints du choléra doivent être localisés avec précision et cartographiés soit à l'aide d'un appareil électronique et de logiciel, soit à l'aide d'une carte papier et de crayons de couleur (dans le respect de la confidentialité des données).

1 - Intervention Ciblée Autour du Cas : un ensemble spécifique d'interventions sur mesure mises en œuvre par une Équipe de Réponse Rapide dans les ménages des cas et les ménages voisins dans un périmètre défini

2 - Intervention Ciblée Cas-Cluster : un ensemble spécifique d'interventions sur mesure mises en œuvre par une Équipe de Réponse Rapide ciblant les agrégats de cas de choléra

3 - Un cluster de cas est défini comme un agrégat d'au moins cinq cas dans un rayon de 50 à 150 mètres en fonction de la densité de la population

4 - Les indicateurs de performance ne sont pas atteints = moins de 80% des domiciles des cas sont désinfectés ou l'intervention au domicile du cas intervient plus de 48 heures après l'admission du patient en moyenne sur une semaine

QUELLE OPTION TECHNIQUE CHOISIR ?

LOCALISATION DES DOMICILES DES PATIENTS

OPTION	OPTION A : UTILISATION DE L'APPLICATION POUR SMARTPHONE MWater	OPTION B : UTILISATION DU SYSTÈME DE POSITIONNEMENT GLOBAL (GPS)	OPTION C : UTILISATION D'UNE CARTE PAPIER ET DE CRAYONS DE COULEUR
PRÉREQUIS	<ul style="list-style-type: none"> Téléphone / connexion Internet souhaitable pour importer/exporter les données collectées (mais pas nécessaire au moment de la collecte). Utilisation d'un smartphone / tablette Télécharger l'application MWater Surveyor 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune connexion téléphonique/ internet n'est nécessaire Utilisation d'un GPS 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de connexion téléphone/internet Pas de dispositif électronique
VALEUR AJOUTÉE	<ul style="list-style-type: none"> Peut être utilisé hors ligne Peut être utilisé pour collecter des données supplémentaires (enquête) 	<ul style="list-style-type: none"> N'a pas besoin de connexion internet ou téléphonique pour localiser les cas ou transférer des données 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune compétence spécifique requise
INCONVÉNIENT	<ul style="list-style-type: none"> Besoin d'une connexion internet pour importer/exporter les données collectées sur le terrain vers MWater Non disponible pour les téléphones BlackBerry 	<ul style="list-style-type: none"> Les GPS doivent être loués ou achetés La disponibilité de signal GPS sur le terrain peut être critique Les informations collectées peuvent être limitées Les données doivent être téléchargées sur le PC 	<ul style="list-style-type: none"> Une analyse statistique plus poussée nécessite la numérisation des données

REPRÉSENTATION CARTOGRAPHIQUE

OPTION	OPTION A : UTILISATION DU SITE WEB MWater PORTAL	OPTION B : UTILISATION D'UN LOGICIEL SIG LIBRE D'EXPLOITATION (QUANTUM GIS "QGIS" 3.4)	OPTION C : UTILISATION D'UNE CARTE PAPIER ET DE CRAYONS DE COULEUR
PRÉREQUIS	<ul style="list-style-type: none"> Pas de compétence en matière de SIG Connexion Internet 	<ul style="list-style-type: none"> Compétence de base en SIG Pas de connexion internet 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de compétence en matière de SIG Pas de connexion internet
VALEUR AJOUTÉE	<ul style="list-style-type: none"> Site web facile d'utilisation avec un bon support Les cas peuvent être classés par date d'admission en utilisant un code de couleur Peut être associé à d'autres logiciels de cartographie 	<ul style="list-style-type: none"> La distance entre et autour des cas peut être facilement calculée D'autres analyses statistiques de base/ avancées peuvent être effectuées 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune compétence spécifique requise
INCONVÉNIENT	<ul style="list-style-type: none"> La distance entre et autour des cas peut être calculée 	<ul style="list-style-type: none"> Compétences requises en matière de SIG 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune analyse statistique avancée possible

ACF recommande d'utiliser l'application mWater (option A) pour géo-référencer les domiciles des patients et pour cartographier les cas de choléra (<https://portal.mwater.co>). Des couches spatiales supplémentaires peuvent être téléchargées dans l'application mWater pour faciliter le géo-référencement hors ligne. La base de données peut être exportée au format CSV / XLS pour une analyse et une représentation plus poussées telles que le calcul de la distance ou l'analyse des clusters à l'aide d'un logiciel SIG d'accès libre (QGIS).

QUELLES RESSOURCES HUMAINES ?

Idéalement, un analyste de données ou un gestionnaire de l'information



TERMES DE RÉFÉRENCE

- Expérience en gestion de bases de données conséquentes
- Idéalement, expérience d'un logiciel SIG (de préférence libre d'exploitation comme Quantum GIS)
- Idéalement, expérience en matière de cartographie des cas pendant une épidémie
- Idéalement, expérience de travail avec des données géo-référencées

QUEL ÉQUIPEMENT ET LOGICIEL ?

LOCALISATION DES DOMICILES DES PATIENTS

OPTION A	<ul style="list-style-type: none"> • L'application pour smartphone mWater Surveyor • Un smartphone utilisant Android 4.0 ou iOS 10.0 avec au moins un gigaoctet d'espace disque (permet le téléchargement de couches SIG, par exemple Open Street Map et les frontières administratives) • Un système de positionnement global (GPS) - facultatif
OPTION B	<ul style="list-style-type: none"> • Un appareil de système de positionnement global (GPS)
OPTION C	<ul style="list-style-type: none"> • Sept crayons de couleur et du papier - idéalement une carte imprimée de la zone

REPRÉSENTATION CARTOGRAPHIQUE

OPTION A	<ul style="list-style-type: none"> • Le site internet mWater Portal • Logiciel QGIS (utiliser de préférence la dernière version stable) - optionnel
OPTION B	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'un plugin dans QGIS pour travailler avec les données de OpenStreetMap et MMQGIS (représentation de zone tampon autour des cas)
OPTION C	<ul style="list-style-type: none"> • Sept crayons de couleur et du papier - idéalement une carte imprimée de la zone

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS, PAR PHASE DE L'ÉPIDÉMIE ?

AVANT L'ÉPIDÉMIE

	RT	RD	RP	ERR	AD
	Référent Technique (siège)	Responsable de Département	Responsable de Programme	Équipe de Réponse Rapide	Analyste de données
RD	Étape 1	Plaider auprès des organes gouvernementaux et des organes de coordination sectoriels compétents en faveur d'une stratégie qui favorise les approches ciblées géographiquement			
	Étape 2	Contribuer aux documents de réponse sectoriels et multisectoriels en utilisant cette fiche technique			
	Étape 3	Convenir avec les organismes gouvernementaux compétents et l'organisme de coordination du secteur de la santé du principe de géo-référencement des domiciles des patients et donc de la nécessité pour les équipes de réponse rapide d'accéder facilement à l'identifiant unique du patient, à son adresse et aux numéros de téléphone de personnes contacts. Il convient de mentionner que les données personnelles brutes géo-référencées sont utilisées à des fins opérationnelles uniquement et doivent respecter la confidentialité des données dans le cadre de la législation locale (cf Note Technique n°4A)			
	Étape 4	Évaluer la capacité interne de cartographie et, si nécessaire, pré-identifier une ressource à former (cf Note Technique n°4A)			
	Étape 5	Informier régulièrement ou former (simulation sur terrain) les responsables de programme EAH et le personnel de terrain sur la manière de cartographier les cas de choléra en utilisant l'application mWater ainsi que le GPS et le logiciel QGIS			
RT	Étape 6	Préétablir un contact avec des instituts de recherche pour mener une étude statistique d'analyse de cluster et évaluer l'efficacité et l'impact de l'approche ciblée cas-cluster pendant une épidémie de choléra			

PENDANT L'ÉPIDÉMIE

	RT	RD	RP	ERR	AD
	Référent Technique (siège)	Responsable de Département	Responsable de Programme	Équipe de Réponse Rapide	Analyste de données

Les procédures opérationnelles standardisées pour cartographier les cas de choléra ont été élaborées pour l'option recommandée utilisant l'application KOBO COLLECT

UTILISATION DE MWATER SUR L'ORDINATEUR DE L'ANALYSE DE DONNÉES

AD	Étape 1	Connectez-vous au site mWater Portal : https://portal.mwater.co/ . Si c'est votre première utilisation, créez un compte avec votre adresse mail ACF en choisissant le nom d'utilisateur : 'ACF.code_pays.nom_du_mail'. Par exemple, un compte relié à l'adresse mail ACF 'rddeah@td-actioncontrelafaim.org' aura le nom d'utilisateur 'ACF.td.rddeah'. Si vous avez créé un compte avec un nom d'utilisateur différent, vous pouvez le modifier dans l'icône utilisateur > 'mon compte'.
----	----------------	--

CONCEPTION DU FORMULAIRE MWATER ET DÉPLOIEMENT AUPRÈS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE RÉPONSE RAPIDE

AD	Étape 1	<p>Créez une nouvelle enquête dans mWater Portal avec le menu SURVEYS (ENQUETES). Vous pouvez créer une nouvelle enquête de deux manières différentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Question par question : sélectionnez « CREATE NEW SURVEY » (créer une nouvelle enquête), puis construisez votre enquête dans l'onglet « DESIGN » qui apparaît (conception) . Vous pouvez partager cette enquête avec d'autres utilisateurs dans l'onglet SETTINGS (paramètres) en utilisant la catégorie VIEW (visualiser). > Importer un formulaire existant à partir d'un fichier externe au format XLSForm (par exemple lors du partage des brouillons de formulaires entre collègues).
----	----------------	--

RP	<p>Étape 2 Créer un formulaire correspondant au questionnaire de terrain avec les informations minimales suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > 'Ajouter une date' > 'Enregistrez votre position actuelle' > 'Identifiant du patient' correspondant à l'identifiant utilisé dans le formulaire d'enregistrement du centre de traitement du choléra et dans la base de données de suivi des interventions d'ACF > 'Nom et prénom du patient' > 'Date d'admission' avec option de choix multiple <p>Toute autre question de l'enquête (par exemple, le contexte de transmission, la source d'eau potable, le type d'installations sanitaires) et les métadonnées sur la réponse (date et heure de soumission, utilisateur, ...) peuvent être ajoutées.</p> <p>Étape 3 Pré-visualisez le formulaire et testez l'utilisation de l'application mWater Surveyor. Pour tester l'application, déployer l'enquête à un utilisateur dans l'onglet « DEPLOY » (déployer) > « Create new deployment » (créer un nouveau déploiement), et saisissez un nom d'utilisateur dans « Enumerators » (énumérateurs).</p>
AD	<p>Étape 4 Déployer l'enquête à tous les utilisateurs qui collecteront les données.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Note : vous pouvez utiliser le même compte pour tous les collecteurs de données.

PARTAGE DU PROJET

ERR	<p>Étape 1 Vous pouvez partager l'enquête à des utilisateurs intéressés dans la section « VIEW » (regarder) des paramètres. L'utilisateur peut alors copier et modifier l'enquête. .</p>
-----	---

INSTALLATION DE L'APPLICATION MWATER SURVEYOR SUR LE SMARTPHONE DE CHAQUE MEMBRE DE L'ÉQUIPE DE RÉPONSE RAPIDE

AD	<p>Étape 1 Avec votre téléphone, allez dans vos applications et ouvrez le Play Store ou l'Apple Store. Cherchez mWater Surveyor.</p> <p>Étape 2 Installez mWater Surveyor sur votre téléphone</p> <p>Étape 3 Une fois installé, créez un nom d'utilisateur et partagez-le au responsable de programme qui s'occupe de l'enquête. De préférence, le nom d'utilisateur suit le format 'ACF.code_pays.nom_du_mail'. Par exemple, un compte relié à l'adresse mail ACF 'rddeah@td-actioncontrelafaim.org' aura le nom d'utilisateur 'ACF.td.rddeah'</p> <p>Étape 4 Une fois que l'Administrateur ajoute votre nom d'utilisateur comme énumérateur dans le déploiement, vous pouvez remplir l'enquête.</p>
----	---

COLLECTE ET ENREGISTREMENT

ERR	<p>Étape 1 Recueillez auprès du centre de traitement du choléra les informations relatives au patient atteint de choléra (par exemple, nom complet, date d'admission, adresse, deux numéros de téléphone)</p> <p>Étape 2 Présentez les membres de l'équipe et leur rôle aux chefs de la communauté, demandez s'il y a une stigmatisation associée à la réponse et demandez l'approbation pour l'intervention (si c'est la première fois).</p> <p>Étape 3 Présentez les membres de l'équipe et leur rôle aux membres du ménage du patient et demandez l'approbation pour géo-référencer le domicile.</p> <p>Étape 4 Dans l'application Surveyor, créez un nouveau Site pour le ménage depuis l'onglet 'carte'. Si les coordonnées GPS ne sont pas disponibles pendant la collecte de données (par exemple si vous êtes à l'intérieur d'un bâtiment), vous pouvez les entrer à la main ou en utilisant un appareil GPS externe avec le même système de référence des coordonnées.</p> <p>Étape 5 Sur la page du site créé, choisissez « Lancer une enquête liée à ce site », et sélectionnez l'enquête.</p> <p>Étape 6 Une fois que vous avez terminé de recueillir les informations, vous atteindrez la dernière page et pouvez sélectionner SOUMETTRE. Vous pouvez aussi sauvegarder un brouillon avec ENREGISTRER POUR PLUS TARD.</p> <p>Étape 7 Les brouillons sauvegardés peuvent être modifiés et soumis depuis l'onglet ENQUETES. Mettez les informations à jour et sélectionnez SOUMETTRE pour finaliser l'enquête.</p> <p>Étape 8 Si vous étiez hors ligne, sélectionnez l'icône SYNCHRONISER de la page d'accueil dès que vous êtes de nouveau en ligne pour envoyer les données au serveur.</p>
-----	--

IDENTIFICATION DES CLUSTERS DE CAS

AD	Étape 1	Suivez la collecte des données en vous connectant sur le site mWater Portal pour voir les données collectées et l'activité des énumérateurs.
	Étape 2	Dans l'onglet Visualisation, identifiez la carte des sites et cliquez sur « ajouter au rapport d'enquête ». Dans l'onglet Rapport d'enquête, vous pouvez modifier la carte pour colorer les cas individuels par date d'admission : cliquez sur « colorer en fonction des données » dans le menu des paramètres de la carte. Une fois la carte modifiée, cliquez sur « transformer en tableau de bord » (dashboard).
RP	Étape 3	Affichez uniquement les cas admis au cours des trois à sept derniers jours (selon l'intensité de l'épidémie) en utilisant la fonction « ajouter un filtre rapide » dans les paramètres du dashboard
	Étape 4	Imprimez la carte tous les trois à sept jours et distribuez-la aux équipes de Réponse Rapide pour qu'elles interviennent dans les clusters de cas
AD	Étape 5	De retour dans l'enquête, utiliser l'onglet Réponses pour exporter les données au format CSV (ancien format avec "/" comme séparateur) pour les utiliser ultérieurement dans QGIS – Facultatif

ALLER PLUS LOIN EN UTILISANT LE LOGICIEL QGIS 3.4 GOING FURTHER USING QGIS 3.4 SOFTWARE

AD	Étape 1	Installer le logiciel SIG Quantum (QGIS Desktop, voir la page utilisateur)
	Étape 2	Créer un projet QGIS
	Étape 3	Afficher les couches OpenStreetMap (OSM) pour la zone d'intérêt (en utilisant les services de carte web/rapide/menu OSM ou un fichier OSM statique en utilisant le plugin OSMdownloader)
	Étape 4	Télécharger les données en CSV pour créer une couche de points (en utilisant les coordonnées de latitude (X) et de longitude (Y) en WGS 84)
	Étape 5	Explorer la carte et créez une zone tampon (50-150m) autour des points en utilisant le plugin MMQGIS (menu cercle)
	Étape 6	Créer une carte de terrain pour l'exploitation en utilisant la fonction de mise en page (exportation en format image.svg ou pdf possible)

APRÈS L'ÉPIDÉMIE

RT	RD	RP	ERR	AD
Réfèrent Technique (siège)	Responsable de Département	Responsable de Programme	Équipe de Réponse Rapide	Analyste de données

AD	Étape 1	Anonymiser la base de données (suppression du nom et du prénom) et archiver la base de données	
	RP	Étape 2	Contribuer à l'analyse des données et à l'interprétation des résultats des analyses de clusters et des études d'impact (cf Fiche technique n°4A)
		Étape 3	Mettre à jour et/ou produire des procédures opérationnelles standardisées supplémentaires relatives au mécanisme de réponse



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique n°3A 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie ?'
- ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique n°3B 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
- ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique n°3C 'Comment mettre en place des Équipes de Réponse Rapide ?'
- [Mwater Portal](#)
- [QGIS tutorial](#)

RÉFÉRENCES

- (1) UNICEF (2019), "Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document"
- (2) George, Christine Marie, Monira, Shirajum, Sack, David A., Rashid, Mahamud Ur, et al. (2016) 'Randomized controlled trial of hospital-based hygiene and water treatment intervention (CHoBI7) to reduce cholera'. *Emerging Infectious Diseases*, 22(2), pp. 233-241.
- (3) Debes, Amanda K., Ali, Mohammad, Azman, Andrew S., Yunus, Mohammad and Sack, David A. (2016) 'Cholera cases cluster in time and space in Matlab, Bangladesh: implications for targeted preventive interventions'. *International Journal of Epidemiology*.
- (4) Azman, Andrew, Alcalde, Francisco Javier Luquero, Salje, Henrik, Naibei, Nathan, et al. (2018) 'Micro-hotspots of Risk in Urban Cholera Epidemics'. *bioRxiv*, p. 248476.
- (5) Michel, Edwige, Gaudart, Jean, Beaulieu, Samuel, Bulit, Gregory, et al. (2019) 'Effectiveness of case-area targeted response interventions against cholera: a quasi-experimental study in Haiti'. *Lancet*, Pre-print.

COMMENT DÉSINFECTER LE DOMICILE D'UN CAS DE CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF procède à la désinfection du domicile des patients comme composante du paquet EAH afin de réduire la transmission au niveau des ménages



OBJECTIF

Réduire et prévenir la transmission du choléra parmi les membres des ménages des malades



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Les professionnels de la santé communiquent l'adresse des patients aux Équipes de désinfection
- Mise en place éventuelle d'une équipe multisectorielle avec le personnel santé pour la recherche des cas

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Le risque d'infection par le choléra est plus élevé pour les membres de la famille des patients atteints de choléra (1) et les voisins proches (2, 3, 4) ;
- Les niveaux les plus élevés de *Vibrio cholerae* ($\geq 5,000$ CFU/100 cm²) se trouvent systématiquement dans la cuisine, près des lits des patients et autour des latrines en Haïti et en République démocratique du Congo (RDC) (5)
- Les concentrations de *Vibrio cholerae* ont considérablement diminué à la suite de pulvérisations domestiques, avec une re-contamination limitée dans les 24 heures en Haïti et en RDC (5)
- L'efficacité de la pulvérisation de chlore est limitée si les interventions sont retardées (3-5 jours) (5)
- Un taux élevé d'utilisation des kits de désinfection contre le choléra a été rapporté par les bénéficiaires en Haïti (6)

QUELLES INTERVENTIONS ?

PULVÉRISATION DE CHLORE	Une équipe de Réponse Rapide pulvérise du chlore sur les latrines et autres surfaces potentiellement contaminées (7).
DISTRIBUTION D'UN KIT DE DÉSINFECTION DOMICILIAIRE	Les membres de la famille reçoivent des produits et des instructions claires et sont formés à la désinfection de la maison (7).

Si l'efficacité de la distribution de kits de désinfection domiciliaire et de la pulvérisation de chlore est actuellement à l'étude, les moyens par lesquels la décontamination des maisons devrait être effectuée en tenant compte des pratiques et des préférences locales ainsi que des preuves scientifiques n'ont pas été définis. Une combinaison de ces deux interventions peut être nécessaire pour une désinfection efficace des habitations.

QUELLES RESSOURCES HUMAINES ?

L'Équipe de Réponse Rapide est composée de deux à quatre personnes combinant différentes qualifications (8). Au début et en fin d'épidémie quand le nombre de cas est limité, le technicien EAH est chargé de la désinfection des domiciles des cas. Cependant, pour améliorer le rapport coût-efficacité et les indicateurs clés de performance (délai d'intervention, pourcentage de cas traités), les personnes de la communauté disposant de leurs propres moyens de transport peuvent être supervisées, formées, embauchées et équipées pour la désinfection des domiciles par l'Équipe de Réponse Rapide selon les termes de référence ci-dessous.



TERMES DE RÉFÉRENCE

- Expérience antérieure en matière de désinfection des domiciles des cas de choléra ou de lutte contre le choléra
- Influenceur communautaire
- Issu de la population ciblée

QUELS MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS ?

- Kit de désinfection domiciliaire (*Fiche Technique n°3E*)

ET/OU

- Un pulvérisateur de chlore de 15-20L (sans pièce métallique) et Chlore en poudre (par exemple, hypochlorite de calcium). Vérifier la date d'expiration.
- Équipement de protection (imperméable, gants, lunette, masque respiratoire, bottes)
- Matériel d'éducation à la santé et à l'hygiène
- Dispositif de géo-référencement (GPS, application pour smartphone)
- Crédit téléphonique

QUEL TIMING ?



- L'intervention a lieu dans les 1 à 2 jours suivant l'admission du patient
- Intervention d'une durée de **30 min à 1h** par ménage

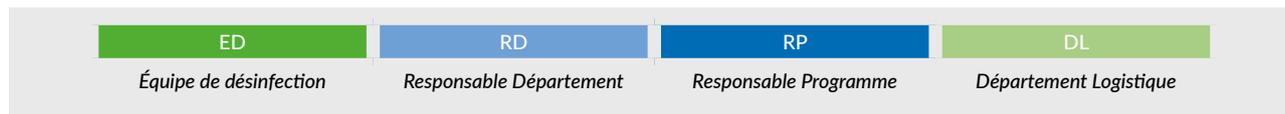
QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS, PAR PHASE DE L'ÉPIDÉMIE ?

AVANT L'ÉPIDÉMIE

ED	RD	RP	DL
<i>Équipe de désinfection</i>	<i>Responsable Département</i>	<i>Responsable Programme</i>	<i>Département Logistique</i>

RD	Étape 1 Convenir avec les organismes gouvernementaux et les organismes de coordination sectorielle concernés du protocole de désinfection des domiciles ("Quelles interventions ?")
RP	Étape 2 Identifier le réseau d'individus le plus approprié pour mener l'intervention (Quelles ressources humaines ?)
RP	Étape 3 Convenir des modalités de collaboration (par exemple, indemnités quotidiennes, frais de transport, crédit téléphonique)
RP	Étape 4 Former l'équipe par des exercices de simulation sur le terrain

PENDANT L'ÉPIDÉMIE



Les procédures opérationnelles standardisées ci-dessous ont été élaborées pour la désinfection des domiciles via la donation d'un kit de désinfection depuis la structure de prise en charge des cas de choléra ou par la pulvérisation de chlore et la distribution de kit de désinfection domiciliaire sur place. Dans certaines circonstances, une option peut être préférée ou les deux peuvent être mises en œuvre simultanément lorsque les indicateurs de performance ne sont pas atteints comme décrit dans l'outil de processus décisionnel pour l'intervention ciblée géographiquement (12)

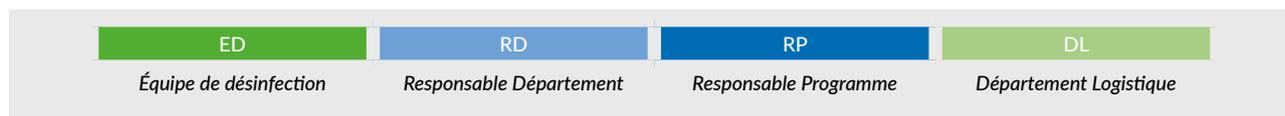
OPTION 1 : KIT DE DÉSINFECTION DOMICILIAIRE DONNÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

ED	<p>Étape 1 Identifier pour chaque patient atteint de choléra, un membre de la famille à former et à équiper. Le participant doit être en mesure de désinfecter le domicile du patient dès que possible (1-2 jours)</p> <p>Étape 2 Informer le participant des signes et symptômes du choléra, de la transmission du choléra, des gestes pour se protéger, du recours aux services de santé (c'est-à-dire boire des solutions de réhydratation et se rendre sans délai au centre de traitement du choléra le plus proche, au point de réhydratation ou dans tout établissement de santé)</p> <p>Étape 3 Former le participant à l'utilisation de tous les éléments du kit ménage contre le choléra et du kit de désinfection domiciliaire, y compris la méthode de traitement de l'eau à domicile - si possible en utilisant une maison témoin (9)</p> <p>Étape 4 Distribuer un kit ménager contre le choléra et un kit de désinfection domiciliaire avec des instructions sous forme de dessin</p> <p>Étape 5 Enquêter sur les circonstances dans lesquelles le patient est tombé malade.</p> <p>Étape 6 Idéalement, géo-référencer le domicile du patient, si l'accès au ménage est accordé et s'il n'y a pas de stigmatisation associée. Cela permettra d'identifier les clusters de cas.</p>
----	---

OPTION 2 : PULVÉRISATION DE CHLORE ET DISTRIBUTION DE KIT DE DÉSINFECTION DOMICILIAIRE SUR SITE

ED	<p>Étape 1 Porter l'équipement de protection</p> <p>Étape 2 Se rendre dans l'établissement de traitement du choléra de référence</p> <p>Étape 3 Recueillir les coordonnées du patient atteint de choléra (nom complet, adresse, numéros de téléphone d'au moins deux contacts du patient)</p> <p>Étape 4 Préparer une solution de chlore à 2 % et remplir le pulvérisateur. Préparer une solution de chlore à 0,2 % et remplir un jerrican (13)</p> <p>Étape 5 Présenter les membres de l'équipe et leur rôle aux chefs de la communauté et chercher à obtenir un accord pour l'intervention (première intervention)</p> <p>Étape 6 Présenter les membres de l'équipe et leur rôle aux membres du ménage et demander le consentement pour l'intervention</p> <p>Étape 7 Demander aux membres du ménage s'il y a quelqu'un qui souffre de vomissements ou de diarrhée et orientez-le vers le centre de traitement du choléra le plus proche, le coin de réhydratation ou tout autre centre de santé</p> <p>Étape 8 Informer les membres de la famille des signes et symptômes du choléra, de la transmission du choléra, des gestes pour se protéger et du recours aux services de santé</p> <p>Étape 9 Demander au membre de la famille où le patient a vomi ou déposé et quels sont les lits, récipients et objets qu'il a touchés pendant qu'il était malade à la maison</p> <p>Étape 10 Identifier une personne du domicile qui pourra désinfecter la maison si un deuxième cas se présente et demander-lui de suivre le protocole de désinfection</p> <p>Étape 11 Pulvériser - jusqu'à ce que la surface soit humide - une solution de chlore à 0,2 % dans la cuisine, sur le lit et les autres surfaces souillées, et une solution de chlore à 2 % sur les surfaces des latrines en maintenant une distance de 30 cm par rapport aux surfaces (les vomissures et les excréments doivent d'abord être évacués dans les latrines ou enterrés).</p> <p>Étape 12 Nettoyer avec la solution de chlore à 0,2% les matériaux et objets potentiellement souillés (vaisselle)</p> <p>Étape 13 Tremper les vêtements, la literie et les autres pièces de linge souillés dans du détergent à lessive local, puis laisser-les sécher</p> <p>Étape 14 Laisser les matelas souillés et les autres articles qui ne peuvent pas être lavés au soleil et demander ensuite au membre de la famille de les remettre en place</p> <p>Étape 15 Remettre au participant un kit de désinfection contre le choléra avec des instructions sous forme de dessin et montrer-lui comment utiliser tous les articles, y compris le produit de traitement de l'eau</p> <p>Étape 16 Géoréférencer le lieu de résidence du cas (11) et enquêter sur le contexte de transmission (10)</p> <p>Étape 17 Se rendre au domicile du patient suivant ou revenir au centre de traitement du choléra</p>
----	---

APRÈS L'ÉPIDÉMIE



EN CAS DE CLÔTURE DE L'INTERVENTION AVANT LA FIN DE L'ÉPIDÉMIE

- RD Identifier les organismes gouvernementaux ou de la société civile compétents pour faire une passation
- RD Veiller à ce que des équipes de désinfection formées soient maintenues
- RD Signer l'attestation de don de matériel et d'équipement

EN CAS DE CLÔTURE DE L'INTERVENTION PAR ACF

- DL Nettoyer correctement le matériel utilisé avec de l'eau courante et le sécher complètement avant de le stocker (s'assurer qu'il n'y a pas de chlore résiduel)
- DL Conserver le chlore dans une pièce ventilée, à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité, dans des récipients non métalliques fermés hermétiquement par des couvercles et noter la date de péremption

 **Seuils de clôture des interventions : pas de cas confirmés pendant trois semaines consécutives**

SUIVI ET EVALUATION

INDICATEURS CLÉS DE PERFORMANCE

- Nombre de domiciles des cas désinfectés (>80 %)
- Nombre d'heures entre l'admission du patient et la désinfection du domicile - Délai d'intervention (<48h)

ÉTUDE D'EFFICACITÉ

- Enquête de suivi post-distribution axée sur la satisfaction et la facilité d'utilisation
- Évaluation de l'utilisation du kit (par exemple, mesure du chlore résiduel libre dans l'eau potable, utilisation observée des éléments du kit)
- Étude quasi-expérimentale évaluant le risque de contamination secondaire¹ et le niveau de concentration de *Vibrio cholerae* après la désinfection des ménages en collaboration avec un institut de recherche



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- 3B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
- 3C ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des Équipes de Réponse Rapide ?'
- 3E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits de lutte contre le choléra dans la communauté ?'
- MSF [management of a cholera epidemic, chapter 3.4.3 'Household hygiene'](#)
- ACF [Lutter contre le choléra, chapitre 'Stratégie de réponse'](#)
- UNICEF Guidance note 'Water, sanitation and hygiene interventions implemented during a cholera outbreak (Draft)'

RÉFÉRENCES

- (1) UNICEF (2019), "Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document"
- (2) George, Christine Marie, Monira, Shirjum, Sack, David A., Rashid, Mahamud Ur, et al. (2016) 'Randomized controlled trial of hospital-based hygiene and water treatment intervention (CHoBI7) to reduce cholera'. *Emerging Infectious Diseases*, 22(2), pp. 233-241.
- (3) Debes, Amanda K., Ali, Mohammad, Azman, Andrew S., Yunus, Mohammad and Sack, David A. (2016) 'Cholera cases cluster in time and space in Matlab, Bangladesh: implications for targeted preventive interventions'. *International Journal of Epidemiology*.
- (4) Azman, Andrew, Alcalde, Francisco Javier Luquero, Salje, Henrik, Naibe, Nathan, et al. (2018) 'Micro-hotspots of Risk in Urban Cholera Epidemics'. *bioRxiv*, p. 248476.
- (5) Gallandat, Karin, String, Gabrielle and Lantagne, Daniele (n.d.) Effectiveness evaluation of household spraying in cholera outbreaks.
- (6) Gartley, M, Valeh, P, de Lange, R, Dicarlo, S, et al. (2013) "Uptake of household disinfection kits as an additional measure in response to a cholera outbreak in urban areas of Haiti". *Journal of water and health*, 11(4), pp. 623-628.
- (7) UNICEF (2019), 'Response strategy for the Water, Sanitation and Hygiene (WASH) sector during a cholera outbreak: guidance document'.

1 - Par exemple, vous pouvez compter le nombre de cas enregistrés après désinfection en comparant les domiciles qui ont été pulvérisés uniquement et ceux qui ont été pulvérisés et où un kit de désinfection a été distribué

COMMENT RÉDUIRE LA TRANSMISSION DU CHOLÉRA LORS DES RITUELS FUNÉRAIRES ?



POSITIONNEMENT

ACF est prête à soutenir le réseau communautaire existant dans la conduite de rituels funéraires sécurisés



OBJECTIF

Réduire la transmission du choléra liée à la préparation, au transport et à l'inhumation des corps des malades et aux conditions d'hygiène lors des cérémonies funéraires, tout en respectant les coutumes locales



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SMSP

- Établir une relation de confiance et de collaboration avec les personnes locales chargées des rituels mortuaires
- Identifier avec eux les pratiques à risque, expliquer les risques et convenir des ajustements acceptables pour garantir les mesures d'hygiène de base
- Évaluer la perception par la communauté des interventions adaptées au contexte et identifier les obstacles et leviers potentiels pour adapter la communication et les interventions

QUELLE PREUVE ?

- Des épidémies localisées de choléra ont été liées à des rituels mortuaires comprenant le transport, le lavage, la préparation et le toucher du corps des personnes suspectées de choléra lors des funérailles et des enterrements, ainsi que la participation à un festin funèbre dans des conditions d'hygiène insuffisantes (1-8)
- Les politiques de désinfection des cadavres et de restriction des cérémonies funéraires lors d'une épidémie de choléra à grande échelle en Guinée-Bissau se sont avérées être des mesures pratiques et efficaces pour prévenir la transmission du choléra (1,2)
- Les interventions pour la gestion sécurisée des cadavres ont été à l'origine de conflits dramatiques lors des épidémies d'Ebola (9, 10)

QUELLE INTERVENTION ?

RITUELS MORTUAIRES SÛRS <i>y compris la préparation des corps et l'enterrement</i>	la manipulation et de la gestion des cadavres du choléra et de l'utilisation de cimetières appropriés sont encouragées.
CÉRÉMONIES FUNÉRAIRES PRATIQUÉES EN SÉCURITÉ	Les pratiques hygiéniques conformes aux procédures funéraires sont encouragées et des kits funéraires sûrs sont fournis.

! *Imposer des procédures strictes en matière d'enterrement et de funérailles peut entraîner une opposition de la communauté à la déclaration des décès et, à terme, une augmentation de la transmission des maladies (11). Il est essentiel de permettre aux gens de conduire les funérailles selon leur coutume tout en conseillant et en soutenant les précautions d'hygiène de base (10-12).*

QUELLES RESSOURCES HUMAINES ?

Identifier une équipe de personnes reconnues par la communauté (volontaires de la Croix-Rouge, personnel de santé, chefs de la communauté, chefs traditionnels, chefs religieux)



TERMES DE RÉFÉRENCE

- Traditionnellement impliqué ou expérimenté dans la préparation des corps des personnes décédées du choléra
- Et/ou**
- Capable de garantir des pratiques d'hygiène sécurisées lors des funérailles tout en respectant les coutumes locales

QUELS MATÉRIELS ET EQUIPEMENTS ?

- **Matériels et équipements pour la manipulation, la préparation et l'enterrement des cadavres**
 - ✓ Équipement de protection : imperméable, tablier en plastique réutilisable, gants en caoutchouc réutilisables, lunette de protection, masque respiratoire, bottes
 - ✓ Chlore en poudre: granulés de dichloroisocyanurate de sodium (NaDCC), granulés de chlore actif à 55 % ou d'hypochlorite de calcium (HTH®), 65 à 70 % de chlore actif
 - ✓ 2 seaux de 10L
 - ✓ Éponge
 - ✓ Coton
 - ✓ Sac mortuaire non poreux

! *Seuls l'équipement de protection et le seau de 10 litres peuvent être réutilisés.*

- **Kit pour des funérailles sécurisées à utiliser pendant la cérémonie (13)**
 - ✓ 1x dispositif de lavage des mains avec du savon pour 10 personnes*
 - ✓ 1x savon en barre ou savon liquide pour 10 personnes (250g/ml de savon)
 - ✓ Produits ou méthodes de traitement de l'eau à domicile pour traiter 2L par personne
 - ✓ Des récipients d'eau améliorés pour stocker 2L par personne
 - ✓ S'il s'agit de PUR®, fournir 2x seaux x10L et du tissu filtrant
 - ✓ Des instructions claires sous forme de dessin

! *Le dispositif de lavage des mains, les récipients d'eau améliorés et les seaux peuvent être réutilisés.*



*Voir le projet WASHEM pour la conception de dispositifs de lavage des mains <https://www.washem.info/news/how-can-implementers-use-evidence-to-inform-their-handwashing-programme-design> pour Wash'em

QUELLES SONT LES ACTIONS CLÉS, PAR PHASE DE L'ÉPIDÉMIE ?

AVANT L'ÉPIDÉMIE

	RP	SMPS	EF	EE
	Responsable de Programme (EAH)	Santé Mentale Pratique de Soins	Équipe Funérailles	Équipe Enterrement
SMPS	Étape 1	Conduire une analyse de la situation pour i) recueillir des informations clés sur les croyances de la population, les rituels mortuaires et les perceptions des interventions sécurisées et ii) identifier qui est responsable de la manipulation, de la préparation et de l'enterrement du corps (annexe 1) (14)		
	Étape 2	Identifier les séquences des rituels mortuaires où la transmission du choléra pourrait se produire, les communiquer et l'expliquer aux chefs communautaires, traditionnels et religieux (Annexe 1)		
	Étape 3	En concertation avec les responsables concernés et les personnes impliquées dans les rituels mortuaires, concevoir des adaptations acceptables des pratiques traditionnelles afin de minimiser le risque de transmission tout en respectant les coutumes et la législation locale et en s'assurant de la compréhension et de la volonté de la communauté d'adopter ces adaptations (annexe 1)		
RP	Étape 4	Préciser et convenir avec les organismes gouvernementaux et les organismes de coordination sectoriels compétents d'un ou de plusieurs protocoles pour des procédures adaptées d'inhumation et des funérailles sécurisées prenant compte les coutumes et d'un mécanisme pour définir d'autres protocoles en cas d'opposition persistante de la communauté		
	Étape 5	Identifier toutes les personnes impliquées dans l'intervention ('Quelles ressources humaines ?')		
	Étape 6	Convenir des modalités de la collaboration (par exemple, indemnités quotidiennes, frais de transport, crédit téléphonique)		
	Étape 7	Mettre en place un système d'alerte pour être informé des décès suspects de choléra dans la communauté - en fonction du contexte		
	Étape 8	Former tous les acteurs de terrain et les équiper ('Quel matériel ?') pour assurer la manipulation et la gestion en toute sécurité du corps d'une personne décédée du choléra, l'établissement d'un lieu d'inhumation approprié et la conduite des procédures funéraires définies à l'étape 3		

PENDANT L'ÉPIDÉMIE

	RP	SMPS	EF	EE
	Responsable de Programme (EAH)	Santé Mentale Pratique de Soins	Équipe Funérailles	Équipe Enterrement

 **Seuil de déclenchement de la riposte à l'épidémie dans la zone d'intervention d'ACF : un décès suspecté de choléra**

RP **Étape 1** Effectuer les étapes 1 à 8 de la section "avant l'épidémie" si elles ne sont pas effectuées pendant la phase de préparation

Les procédures ci-dessous sont des normes et doivent être adaptées en concertation avec les dirigeants et les personnes participant aux rituels mortuaires (étape 1 et étape 3 de la section "avant l'épidémie") afin de permettre un enterrement et des funérailles en toute sécurité tout en respectant les coutumes locales. Cependant, en cas de désapprobation de la famille du défunt ou de la communauté pendant les procédures, l'équipe responsable doit écouter, essayer de comprendre la raison de l'opposition et définir ensemble une solution sécurisée satisfaisant les deux parties. L'équipe de coordination d'ACF peut également se renseigner auprès des groupes de travail ou des clusters sur les obstacles similaires rencontrés par d'autres organisations et sur la manière dont ils les ont résolus (processus de leçons apprises en temps réel).

PROCÉDURE POUR UN ENTERREMENT DIGNE ET SÉCURISÉ

EE	Étape 1	Porter un équipement de protection ('Quel matériel et quelles fournitures ?')
	Étape 2	Préparer une solution de chlore à 2 % (15)
	Étape 3	Laver le cadavre avec une solution de chlore à 2 %, à l'aide d'une éponge ou d'un chiffon. Cette opération peut être effectuée par les membres de la famille s'ils portent un équipement de protection et s'ils sont informés des risques de transmission du choléra et formés aux procédures de sécurité
	Étape 4	Boucher tous les orifices (bouche, anus) avec un coton imbibé d'une solution de chlore à 2 % pour éviter les fuites de liquides organiques

- Étape 5** Bander la tête de manière à ce que la bouche reste fermée (le visage peut être laissé en évidence)
- Étape 6** Placer le corps dans un sac mortuaire non poreux ou envelopper-le dans une bâche plastique, pour éviter que les liquides ne débordent lors du transport. La nature et l'apparence du sac/bâche doivent être soigneusement discutées avec la famille et la communauté et adaptées autant que possible aux croyances de la communauté
- Étape 7** Identifiez avec les responsables communautaires concernés et la famille du défunt un lieu pour incinérer ou enterrer le corps - en tenant compte des souhaits ou de la confession religieuse du défunt, aussi près que possible du lieu de décès afin de limiter les risques de contamination pendant le transport. En cas d'enterrement, la tombe doit être située à au moins 50 mètres d'une source d'eau et à au moins 1,5 mètre au-dessus de la nappe phréatique
- Étape 8** Incinérer ou enterrer le cadavre le plus rapidement possible, de préférence dans les 24 heures suivant le décès. Ce délai doit être soigneusement négocié avec la communauté et la famille.
- Étape 9** Enterrement ou incinération de l'éponge et désinfection de l'équipement de protection avec une solution à 0,2% avec un temps de contact de 30 minutes (15)
- Étape 10** Désinfecter les vêtements, la literie et toutes les surfaces qui ont été en contact avec le cadavre pendant qu'il était malade à la maison avec une solution de chlore à 0,2 %. Les vêtements et la literie peuvent être alternativement bouillis et séchés au soleil.
- Étape 11** À la fin de la procédure, se laver soigneusement les mains avec une solution de chlore à 0,05 % ou du savon.



Demandez aux personnes présentes de ne pas :

- **Vider les intestins du défunt**
- **Laver ou toucher le cadavre sans protection ni information adéquates**
- **Boire l'eau utilisée pour laver le corps (voir les leçons apprises d'Ebola)**
- **Embrasser ou étreindre le défunt**

PROCÉDURE POUR DES FUNÉRAILLES SÉCURISÉES

Étape 1 Les autorités compétentes (communauté, chefs traditionnels, religieux - en fonction du contexte) présentent la personne qui sera chargée de promouvoir les pratiques d'hygiène de base pendant la cérémonie funéraire et demandent le consentement de la famille et de la communauté pour une intervention

Étape 2 Si la famille est d'accord, traiter et stocker l'eau potable dans des récipients de stockage améliorés pour atteindre 15L par personne.

Étape 3 Installer des installations de lavage des mains au savon tous les 10 participants et encourager les personnes en deuil à se laver les mains à l'eau courante et au savon aux moments critiques - après être allé aux latrines, après avoir touché le cadavre (y compris les vêtements ou la literie), avant la préparation de la nourriture et avant de manger, boire ou fumer.

Étape 4 S'assurer que les aliments sont servis chauds et préparés dans les conditions d'hygiène déterminées lors des étapes précédentes.

APRÈS L'ÉPIDÉMIE

Étape 1 Tirer les enseignements lors de l'organisation d'un atelier d'équipe

Étape 2 Mettre à jour et/ou produire des procédures opérationnelles standardisées supplémentaires relatives à l'intervention d'ACF dans la communauté



Seuil de clôture des interventions : pas de cas pendant trois semaines consécutives



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- 2D ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment préparer et stocker des solutions chlorées à l'aide de différents produits ?'
- 3G ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits de lutte contre le choléra dans la communauté ?'
- 4A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de la situation ?'
- ACF [Lutter contre le choléra, chapitre 'Décès communautaires'](#)
- UNICEF [Cholera toolkit, annex 9D 'Safe care of the dead'](#)
- MSF [Cholera guidelines, chapter 'Corpses and funerals'](#)
- UNICEF Guidance note 'Water, sanitation and hygiene interventions implemented during a cholera outbreak' (Draft)

RÉFÉRENCES

- (1) UNICEF (2019), 'Water, sanitation and hygiene interventions implemented during a cholera outbreak: UNICEF guidance note'
 - (2) Gunnlaugsson, G, Einarsson, J, Angulo, F J, Mentambanar, S A, et al. (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*, 120(1), pp. 7-15.
 - (3) Paugam, H (1999) '[Cholera ++ epidemic in Kenya].' *Can Nurse*, 95(3), pp. 42-46.
 - (4) Shapiro, R L, Otieno, M R, Adcock, P M, Phillips-Howard, P A, et al. (1999) 'Transmission of epidemic *Vibrio cholerae* O1 in rural western Kenya associated with drinking water from Lake Victoria: an environmental reservoir for cholera?' *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 60(2), pp. 271-276.
 - (5) Korthuis, P T, Jones, T R, Lesmana, M, Clark, S M, et al. (1998) 'An outbreak of El Tor cholera associated with a tribal funeral in Irian Jaya, Indonesia.' *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 29(3), pp. 550-554.
 - (6) Swaddiwudhipong, W, Akarasewi, P, Chayanitayodhin, T, Kunasol, P and Foy, H M (1990) 'A cholera outbreak associated with eating uncooked pork in Thailand.' *Journal of diarrhoeal diseases research*, 8(3), pp. 94-96.
 - (7) Swaddiwudhipong, W, Akarasewi, P, Chayanitayodhin, T, Kunasol, P and Foy, H M (1989) 'Several sporadic outbreaks of El Tor cholera in Sunpathong, Chiang Mai, September-October, 1987.' *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 72(10), pp. 583-588.
 - (8) McAteer, Jarred B., Danda, S, Nhende, T, Manamike, P, et al. (2018) 'Notes from the Field: Outbreak of *Vibrio cholerae* Associated with Attending a Funeral – Chegutu District, Zimbabwe, 2018.' *Centers for Disease Control and Prevention - Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 67(19), pp. 560-561.
 - (9) Fairhead J., 2014. « The significance of death, funerals and the after-life in Ebola-hit Sierra Leone, Guinea and Liberia: Anthropological insights into infection and social resistance. » Briefing paper, Octobre, 25p. [en ligne], http://www.ebola-anthropology.net/key_messages/the-significance-of-death-funerals-and-the-after-life-in-ebola-hit-sierra-leone-guinea-and-liberia-anthropological-insights-into-infection-and-social-resistance/ (page consultée le 7/08/2015).
 - (10) WHO, How to conduct safe and dignified burials of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola or Marburg virus disease, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137379/WHO_EVD_GUIDANCE_Burials_14.2_eng.pdf;jsessionid=C800CAF568C8F0D074EC1474674C495E?sequence=1
 - (11) ACF (2013), 'Lutter contre le choléra'
 - (12) MSF (2018), 'Management of a cholera epidemic'
 - (13) 3G ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits de lutte contre le choléra dans la communauté ?'
 - (14) 4A ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de la situation ?'
 - (15) 2D ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment préparer et stocker des solutions chlorées à l'aide de différents produits ?'
-

ANNEXE 1 / OUTIL D'ÉVALUATION DES RISQUES POUR LES RITUELS MORTUAIRES ET LES CÉRÉMONIES FUNÉRAIRES

OUTIL POUR LES ÉTAPES 1, 2 ET 3

Cet outil doit être rempli pour chaque religion. En outre, les spécificités dues au statut du défunt doivent également être documentées (homme/femme ; autres spécificités : chef traditionnel, chef religieux, femmes enceintes, enfant, etc.) car ces caractéristiques déterminent à la fois les séquences rituelles et la personne responsable des rituels qui doit recevoir la formation et l'équipement.

Nous recommandons de compléter l'outil pour chaque situation locale spécifique.

ÉTAPE 1. ANALYSE DE LA SITUATION

Les informations peuvent être rapidement recueillies lors d'entretiens avec des représentants de la communauté et des professionnels de la santé.

Les religions locales :

- Musulmans
- Chrétiens
- Autre :

Qui est responsable de la gestion des décès (préparation du corps, inhumation et funérailles) ?

.....

Perception de l'intervention en matière de pratiques sécurisées

EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE	AUCUNE EXPÉRIENCE PRÉALABLE
Quand:	
Qui était responsable de la procédure de sécurité :	
Préoccupations :	Préoccupations :
Expérience de refus :	
Procédure de résolution de conflits :	Suggestion de procédure de résolution de conflits en cas de refus :
Messages clés :	Suggestion de messages clés :
Comment améliorer la procédure :	

Qui doit être inclus dans la discussion pour définir les adaptations des pratiques et des procédures sécurisées ?

.....

Informations relatives aux pratiques traditionnelles (un outil par statut social)

1. Qui est le défunt ?

RELIGION	GENRE	CATÉGORIE D'ÂGE	STATUT SOCIAL SPÉCIFIQUE	APPARTENANCE COMMUNAUTAIRE
<input type="checkbox"/> Musulman	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Leader	<input type="checkbox"/> Issu de la communauté
<input type="checkbox"/> Chrétien	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Jeune	<input type="checkbox"/> Religieux	<input type="checkbox"/> Étranger
<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Enceinte		
		<input type="checkbox"/> Sénior		

2. Lorsque le décès survient dans une structure de santé, qui en est responsable :

SÉQUENCE	STATUT DE LA PERSONNE RESPONSABLE ¹	NOM DE LA PERSONNE IDENTIFIÉE À CONSULTER, FORMER ET INFORMER
Manipulation du corps		
Lavage et préparation du corps		
Transport du corps		
Collecte et transport des effets personnels du défunt		
Enterrements		
Funérailles		

3. Lorsque le décès survient à la maison (lieu privé), qui en est responsable :

SÉQUENCE	STATUT DE LA PERSONNE RESPONSABLE ²	NOM DE LA PERSONNE IDENTIFIÉE À CONSULTER, FORMER ET INFORMER
Manipulation du corps		
Lavage et préparation du corps		
Transport du corps		
Collecte et transport des effets personnels du défunt		
Enterrements		
Funérailles		

ÉTAPE 2. IDENTIFICATION DES RISQUES

Le risque sera identifié lors des entretiens avec la personne responsable de la séquence.

SÉQUENCE	BRÈVE DESCRIPTION DES PRATIQUES LOCALES	RISQUE IDENTIFIÉ	QUI EST À RISQUE
Manipulation et transport du corps			
Lavage et préparation du corps			
Collecte et transport des effets personnels du défunt			
Enterrements			
Funérailles			
Funerals			

ÉTAPES 3: INVENTAIRE DES ADAPTATIONS DES PRATIQUES ACCEPTABLES PAR LA COMMUNAUTÉ

Les adaptations acceptables doivent être énumérées avec les représentants des communautés concernées lors d'une discussion de groupe

SÉQUENCE	PRATIQUES LOCALES	RISQUE IDENTIFIÉ	ADAPTATIONS ACCEPTABLE ³	ÉQUIPEMENT ACCEPTABLE	MESSAGES CLEFS DE COMMUNICATION
Manipulation et transport du corps					
Lavage et préparation du corps					
Collecte et transport des effets personnels du défunt					
Enterrements					
Funérailles					

1 - Proche du défunt : Qui? Professionnel de santé, leader religieux, guérisseur traditionnel, homme/femme? Etc.

2 - Proche du défunt : Qui? Professionnel de santé, leader religieux, guérisseur traditionnel, homme/femme? Etc.

3 - Le protocole de l'OMS pour des enterrements dignes et sécurisés propose des alternatives spécifiques à la religion https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137379/WHO_EVD_GUIDANCE_Burials_14.2_eng.pdf;jsessionid=F92A8229C40B46D6074FA6DD1E61023E?sequence=1

QUELS SONT LES STANDARDS ACF POUR LES KITS COMMUNAUTAIRES DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA ?



OBJECTIF

Réduire la transmission du choléra au niveau des ménages et lors des funérailles et des rassemblements de population, par la distribution de matériel et d'instructions d'utilisation.



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH.



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Inclure des sachets de SRO pour une réhydratation précoce dans les kits communautaires de lutte contre le choléra
- Dans les projets de santé et de nutrition, l'équipe est formée au traitement de l'eau pour la préparation des SRO et à l'utilisation de méthode de traitement de l'eau à domicile

EAH + SMSP

- Évaluer la stigmatisation potentielle des bénéficiaires des kits distribués

QUEL TYPE ET QUEL CONTENU POUR LES KITS CHOLÉRA ?

KIT MÉNAGE CHOLÉRA^{*},^{**} (fiches techniques 3B et 3D)



CIBLES

- Ménage d'un patient atteint du choléra
- Voisins d'un patient atteint de choléra
- Groupes de population à risque (selon le contexte)
- Bénéficiaires des programmes de santé et de nutrition d'ACF dans les zones à risque

- ✓ 10x sachets de sels de réhydratation orale par personne pour un mois d'approvisionnement
- ✓ 2x barres de savon ou savon liquide par personne pour un mois d'approvisionnement (500g/ml de savon)
- ✓ Produit ou méthode de traitement de l'eau à domicile pour traiter 7,5L par personne et par jour pendant 30 jours
- ✓ 1x récipient d'eau amélioré^{***}
- ✓ S'il s'agit de PUR®, fournir 2x seaux x10L et du tissu filtrant
- ✓ 1x dispositif pour le lavage des mains^{****}
- ✓ Des instructions claires sous forme de dessin

⚠ ! *Adaptez la quantité de matériels et produits à la taille moyenne des ménages

⚠ ! **Distribuez des produits pour un mois seulement (4)

⚠ ! ***Évitez d'introduire un récipient d'eau inconnu en cas de crise ou d'épidémie (5)

⚠ ! ****Référez-vous au projet WASHM pour la conception de dispositif de lavage des mains

KIT DE DÉSINFECTION DOMICILIAIRE (Note technique n°3D)



CIBLES

- Ménage d'un patient atteint du choléra

- 1x bouteille d'eau de javel commerciale de 2,6-4% de chlore actif (1L)
- 1x sachet de lessive locale (environ 20g)
- 1x seau pour le nettoyage
- 1x chiffon de nettoyage
- 1x brosse à récurer
- Des instructions claires sous forme de dessin

KIT POUR DES FUNÉRAILLES SÉCURISÉES OU LORS DE RASSEMBLEMENTS DE POPULATION (Note technique n°3F)



CIBLES

- Toute cérémonie funéraire d'un décès suspecté de choléra
- Rassemblements de population au sein ou à proximité de communautés touchées (cérémonies, fêtes religieuses)

- 1x dispositif de lavage des mains et du savon pour 10 personnes (5)
- 1x barre de savon ou du savon liquide pour 10 personnes (250g/ml de savon)
- Produits ou méthodes de traitement de l'eau à domicile pour traiter 7,5L par personne
- Des récipients d'eau améliorés pour stocker 2L par personne
- S'il s'agit de PUR®, fournir 2x seaux x10L et du tissu filtrant
- Des instructions claires sous forme de dessin



*Référez-vous au projet WASHM pour la conception de dispositif de lavage des mains

QUELLES OPTIONS POUR LE TRAITEMENT DE L'EAU À DOMICILE ?

Une évaluation doit être effectuée avant l'apparition de l'épidémie afin de choisir la ou les méthodes de traitement de l'eau appropriée(s) dans un contexte donné, en tenant compte (6) :

- Des méthodes de traitement de l'eau actuellement utilisées
- De l'adoption par la communauté
- Des capacités à accroître la production et/ou la distribution (disponibilité sur les marchés locaux, pré-positionnement)

⚠ Évitez d'introduire une option de traitement de l'eau peu familière en cas de crise ou d'épidémie (5)

Les tableaux ci-dessous présentent les produits les plus utilisés pour le traitement de l'eau à domicile qu'ils soient à base de chlore ou non, ainsi que des considérations relatives au dosage et à l'utilisation

PRODUITS CHLORÉS

TYPE / MÉTHODE	EXEMPLES	CONSIDÉRATIONS POUR LE DOSAGE/ L'UTILISATION *
COMPRIMÉS DE CHLORE** (Sodium dichloroisocyanurate)	Aquatabs® 7-167mg, NaDCC	Ajouter un comprimé de 7-167 mg dans un récipient de 1 à 20 litres (concentration finale de CRL 0.2-1.0 mg/L)
CHLORE LIQUIDE** (Sodium hypochlorite)	Javel commerciale, Oasis®, Sur'Eau®, Lifeguard Purification Systems®, WaterGuard® (150-250ml)	Ajouter un bouchon d'une bouteille de 1-1.25% de sodium hypochlorite dans un récipient de 20 litres (concentration finale de CRL 0.2-1.0 mg/L)
COMBINAISON DE FLOCCULANT ET DE DÉSINFECTANT	P&G PUR® 4g	Ajouter le contenu d'un sachet de P&G Water PURifier sachet dans 10L d'eau (concentration finale de CRL 0.2-1.0 mg/L)

* A déterminer par jar test

** Les comprimés et solutions de chlore doivent être utilisés de préférence lorsque la turbidité est inférieure à 20 NTU, sinon une floculation est nécessaire avant. Le double dosage des comprimés de chlore peut être utilisé entre 20 et 100 NTU (7)

PRODUITS NON-CHLORÉS

TYPE / MÉTHODE	EXEMPLES	CONSIDÉRATIONS POUR LE DOSAGE / L'UTILISATION *
EBULLITION		Les utilisateurs chauffent leur eau à 100°C pendant au moins une minute
DÉSINFECTION SOLAIRE	SODIS® (www.sodis.ch)	Les utilisateurs placent un récipient transparent (par exemple, une bouteille en plastique de 1,5 litre) sur leur toit au soleil pendant 6 à 48 heures, selon la luminosité
FILTRE UTILISÉ POUR LE TRAITEMENT DE L'EAU	Simple filtre nylon ou tissu, filtre à bougies céramiques ou à seaux, charbon actif, filtre à sable lent/bio et à fibres creuses	 Ces options réduisent la concentration de matières en suspension (turbidité) et doivent être utilisées en combinaison avec une méthode de désinfection lors d'épidémies de choléra
PRODUITS TRADITIONNELS DE FLOCCULATION TRÈS PROBABLEMENT DISPONIBLES LOCALEMENT	Gypse, feuilles/graines/poudre de moringa, pierre d'alun (https://www.cdc.gov/safewater/chlorination-pretreatment.html)	



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- 3B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
- 3D ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- 3F ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires ?'
- ACF *Lutter contre le choléra*, chapitre 'Response interventions'
- MSF publication 'Uptake of household disinfection kits as an additional measure in response to a cholera outbreak in urban areas of Haiti'
- UNICEF Guidance note 'Water, sanitation and hygiene interventions implemented during a cholera outbreak' (Draft)
- WASHEM – [Improving Hand washing in Emergencies](#)

RÉFÉRENCES

- (1) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement ?'
- (2) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra ?'
- (3) ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires ?'
- (4) LSHTM (2012) 'Evaluation of the WASH activities undertaken to prevent and control cholera outbreaks in Guinea- Conakry & Guinea-Bissau. Systematic Literature Review'
- (5) Sphere Project, *Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, 2011, 2011, available at: <https://www.refworld.org/docid/4ed8ae592.html> [accessed 10 December 2019]
- (6) UNICEF (2019), 'Water, sanitation and hygiene interventions implemented during a cholera outbreak: UNICEF guidance note'
- (7) Lantagne D, (2008) 'Sodium hypochlorite dosage for household and emergency water treatment' <https://awwa.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1551-8833.2008.tb09704.x>



4

SUIVI, ÉVALUATION ET APPRENTISSAGE

- 4A** Quelles sont les données à collecter pour une analyse rapide de situation ? p.141
- 4B** Quels indicateurs pour mesurer la performance d'une réponse au choléra ? p.149
- 4C** Comment interpréter les indicateurs des établissements de traitement du choléra ? p.153
- 4D** Quels standards pour les services EAH dans les établissements de traitement du choléra ? p.157

QUELLES SONT LES DONNEES A COLLECTER POUR UNE ANALYSE RAPIDE DE SITUATION ?



POSITIONNEMENT

ACF met régulièrement en œuvre des interventions santé, EAH et SMSP pendant les épidémies de choléra et est prêt à entreprendre des activités de gestion de cas (si aucun acteur médical n'est présent ou en mesure de répondre)



OBJECTIF

Informer le positionnement des interventions d'urgence et la prestation des interventions d'ACF



RESPONSABILITÉ

Responsable Département Santé et Nutrition



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTE & NUTRITION + LOGISTIQUE + RESSOURCES HUMAINES

- L'analyse de situation est réalisée par une équipe multidisciplinaire

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Une analyse de la situation de santé publique (idéalement réalisée avant l'épidémie) est une évaluation de la façon dont les services de santé répondent aux besoins de santé afin d'obtenir des indications sur le calendrier de la réponse, les domaines d'intervention possibles, les approches ciblées, l'intervention et les populations cibles.
- Une analyse régulière des données de référence (personne, lieu, temps) est utile pour un suivi efficace de la situation du choléra. Il est particulièrement utile d'identifier les populations, lieux, pratiques et contextes de transmission à haut risque.
- Cela conduira à :
 - Comprendre l'épidémiologie du choléra dans un contexte donné;
 - Indiquer si une épidémie de choléra est improbable, probable (sur la base du nombre de patients répondant à la définition de cas) ou confirmée (sur la base des résultats de la culture). et déterminer le niveau de risque d'une épidémie grave;
 - Comprendre les mécanismes de coordination et utiliser des stratégies standardisées et harmonisées
 - Identifier les domaines potentiels du système de surveillance et le renforcement de la gestion sûre et digne des cas de choléra
 - Développer la compréhension du contexte social, culturel, politique, linguistique et EAH et concevoir des interventions efficaces et contextualisées

COMMENT PROCEDER ETAPE PAR ETAPE ?

Pour produire un rapport d'analyse de situation, les étapes ci-dessous sont suggérées. Le délai peut varier entre deux semaines - pendant la phase de préparation, et quelques jours - en début d'épidémie.



1 AU NIVEAU DE LA MISSION, FORMER UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE DE PERSONNEL AYANT L'EXPÉRIENCE D'ÉPIDÉMIES

- Inclure des personnels des départements Santé et Nutrition, EAH, Logistique et Ressources humaines

2 DÉTERMINER UN CADRE POUR L'ANALYSE DE LA SITUATION (PEUT ÊTRE FAIT AVANT L'ÉPIDÉMIE), AVEC LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- Aperçu de l'épidémiologie du choléra avec analyse des tendances des épidémies de choléra précédentes
- Identification des hotspots du choléra et des facteurs contextuels clés (infrastructure, mouvements de population, déterminants sociaux) qui peuvent affecter la propagation de la maladie
- Évaluation des services de santé et EAH et des aspects des déterminants sociaux dans les hotspots du choléra
- Évaluation de la sécurité dans les hotspots du choléra pour anticiper toute restriction de déploiement sur le terrain
- Cadres politiques et réglementaires
- Analyse des parties prenantes et cartographie des capacités

3 RECUEIL D'INFORMATIONS ET DONNÉES CLÉS SELON LE CADRE

- Identifier les informations déjà disponibles
- Identifier quelles informations sont encore nécessaires
- Recueillir les informations requises

4 COMPILER ET RÉDIGER LE RAPPORT

- En trois parties: description, analyse et recommandations.
- Court (5 pages) mais suffisamment détaillé pour éclairer les décisions sur les actions futures.
- Daté, avec indication du nom du pays / région, nom et poste de l'auteur

5 DIFFUSION DU RAPPORT

- Mission interne ACF
- Ministère local de la santé et organe de coordination
- Mécanisme national de coordination

QUEL CADRE POUR L'ANALYSE DE SITUATION ?

BUT	QUEL TYPE DE DONNÉES ?	OÙ LES TROUVER ?	COMMENT LES INTERPRÉTER ?
<p>COMPRENDRE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU CHOLÉRA DANS UN CONTEXTE DONNÉ</p> <p><i>(idéalement avant l'épidémie)</i></p>	<p>Synthèse épidémiologique des tendances et profils des épidémies de choléra récentes</p> <p>Informations requises:</p> <ul style="list-style-type: none"> charge du choléra Durée de la flambée Hotspots du choléra Zones touchées par le choléra Saisonnalité Facteurs de risque / contextes de transmission Population à haut risque: âge, sexe, profession, origine géographique / lieu de résidence ou lieu de travail 	<ol style="list-style-type: none"> Rechercher les résumés épidémiologiques du choléra et la classification des hotspots dans les fiches d'information sur le choléra de l'UNICEF existantes (informations disponibles pour 22 pays d'Afrique) (1) Si les informations pour le pays concerné ne sont pas disponibles dans ces pays, alors: <ul style="list-style-type: none"> > Consulter le département surveillance du Ministère de la Santé et le bureau pays OMS pour les données historiques de choléra (au niveau national et district): Sitrep, hebdomadaire, nombre de cas et de décès choléra, listes anonymisées, rapport d'enquête sur une épidémie de choléra, rapport de réponse à une épidémie de choléra > Réaliser une revue de la littérature publiée et «grise» incluant les bulletins épidémiologiques de l'OMS (2), Promed-mail (3) et Relief web (4) > Recueillir des informations sur de potentiels projets de thèse ou recherches > Appliquer l'outil GTFCC en utilisant un délai de 10 ans (5) ou utiliser la méthode UNICEF (6) pour identifier les hotspots 	<ul style="list-style-type: none"> Estimer la charge et la durée des flambées précédentes et donc les ressources nécessaires (7), le délai de réponse et le financement requis Identifier les zones où des épidémies de choléra se produisent régulièrement (hotspots) et donc les zones potentielles de préparation et de réponse Identifier les zones moins fréquemment touchées mais vulnérables aux épidémies de choléra. Ce sont des zones potentielles d'intervention si ACF y est déjà présent Améliorer la rapidité de l'intervention en anticipant le début de l'épidémie Améliorer l'efficacité de l'intervention en identifiant les facteurs de risque communs, les contextes de transmission, les pratiques à risque et le groupe de population à risque
<p>DÉTERMINER SI UNE ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EST EN COURS</p> <p><i>(pendant une épidémie)</i></p>	<p>Informations requises pour déterminer si une épidémie est en cours¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> Définition de cas de choléra Nombre de cas suspects de choléra / diarrhée aqueuse aiguë Nombre de décès suspectés de choléra Résultats du test de diagnostic rapide (RDT) Résultats de confirmation en laboratoire 	<ol style="list-style-type: none"> Consulter le département de surveillance du Ministère de la Santé et le bureau pays OMS (au niveau national et district) pour les définitions de cas de choléra, les informations mises à jour sur les épidémies de choléra et les résultats de TDR ou de laboratoire Participer aux meetings de coordination (au niveau national et district), comme les mises à jour situation du Groupe de travail sur le choléra (Cholera Task Force : CTF) Consulter les organismes de coordination de la santé tel que le cluster Santé pour les notes de réunion Examiner le plan national du choléra existant ou en projet (plan d'élimination du choléra, plan de réponse au choléra, plan de préparation au choléra) et les SOPs du groupe de travail sur la surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les zones où le choléra n'est pas présent : L'apparition de tout cas ou groupe de cas de diarrhées aqueuses aiguës répondant à la définition de cas de choléra, puis confirmée par culture, peut être considérée comme une épidémie. Dans les zones où le choléra est présent : <ul style="list-style-type: none"> > S'il n'y a pas de données historiques: pour un lieu donné, un doublement du nombre de cas répondant à la définition de cas clinique du choléra sur 2 à 3 semaines consécutives peut être considéré comme une épidémie. - Si les données des années précédentes sont disponibles (même période et même lieu): calculer le nombre moyen de cas attendus par semaine en périodes non épidémiques. Une augmentation du nombre moyen hebdomadaire de cas au-dessus de cette moyenne non épidémique indique une épidémie en développement. <p>! Dans tous les cas, la déclaration définitive d'un foyer épidémique est à la charge de l'autorité sanitaire et dépend de la confirmation de la culture en laboratoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier l'appui nécessaire pour la confirmation en laboratoire des cas de choléra

1 - En général, une épidémie de choléra est définie comme toute augmentation du nombre de cas de choléra par rapport au nombre attendu pour un lieu donné sur une période donnée.

BUT	QUEL TYPE DE DONNÉES ?	OÙ LES TROUVER ?	COMMENT LES INTERPRÉTER ?
<p>EVALUER LA SÉVÉRITÉ DE L'ÉPIDÉMIE EN COURS</p> <p><i>(pendant l'épidémie)</i></p>	<p>SÉVÉRITÉ DE L'ÉPIDÉMIE</p> <p>Informations requises:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dynamiques et tendances des épidémies de choléra précédentes • Nombre actuel de cas et de décès • Zones actuellement affectées • Début actuel de l'épidémie • Population affectée • Mouvement de population actuel ou futur • EAH et services de santé dans les zones touchées par le choléra • Conditions météorologiques actuelles 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Rechercher des études épidémiologique rétrospectives sur le choléra sur les ressources en ligne de la plateforme régionale sur le choléra (disponibles pour 18 pays d'Afrique) (1) 2 Si les informations concernant l'historique des flambées ne sont pas disponibles, alors <ul style="list-style-type: none"> > Consulter le département surveillance du Ministère de la Santé et le bureau pays OMS pour les données choléra historiques (au niveau national et district) > Réaliser une revue de la littérature publiée et «grise» > Recueillir des informations sur de potentiels projets de thèse ou recherches 3 Consulter le département de surveillance du Ministère de la Santé et le bureau pays OMS (au niveau national et district) pour les informations mises à jour sur l'épidémie de choléra 4 Participer aux meetings de coordination (au niveau national et district), comme les mises à jour situation du Groupe de travail sur le choléra (Cholera Task Force) 5 Consulter le Ministère de l'Eau (au niveau national et district), pour des informations sur la prestation des services EAH 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le niveau de risque de mortalité et de morbidité de la population et de probabilité d'extension. Le niveau de risque augmente à mesure que le nombre de facteurs de risque ci-dessous augmente <ul style="list-style-type: none"> > Antécédents d'épidémies avec des taux d'attaque ou de mortalité élevés ou une grande extension géographique > Aucune épidémie au cours des 2 à 3 années précédentes (perte de l'immunité innée d'une infection antérieure). > Flambée actuelle avec des taux de mortalité élevés > Divergence par rapport au schéma typique des épidémies précédentes: apparition avant la saison habituelle, localisation dans une zone où les épidémies étaient auparavant inconnues, implication précoce d'un grand nombre d'individus affectés, extension géographique précoce > Émergence dans des communautés à forte densité de population (par exemple bidonvilles, camps de réfugiés) ou dans des populations mobiles (par exemple, travailleurs saisonniers) > Émergence pendant ou juste avant les grands rassemblements communautaires (par exemple, fêtes religieuses, saisons de pêche, cérémonies) > Perturbation des systèmes d'eau et d'assainissement ou perturbation de l'accès aux soins ou manque de ressources humaines pour gérer l'épidémie > Conditions météorologiques actuelles hors normes (très pluvieuses ou très sèches) • Estimer les ressources nécessaires (7), le délai de réponse et le financement requis
<p>ATTEINDRE DES OBJECTIFS COMMUNS EN UTILISANT DES STRATÉGIES STANDARDISÉES ET HARMONISÉES</p> <p><i>(idéalement, avant l'épidémie)</i></p>	<p>COORDINATION</p> <p>Informations requises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Description des organes et mécanismes de coordination (8) • Identifier les mécanismes existants de partage de données et de gestion de l'information de haute qualité • Analyse et cartographie des parties prenantes • Politiques, législations et procédures opérationnelles standard • Régimes de financement 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Consulter le groupe de travail national sur le choléra, le comité de crise ou la task force : fréquence des réunions, composition, mandat 2 Consulter les clusters ou groupes de travail sectoriels de surveillance, logistique, santé, EAH, mobilisation sociale et coordination de camp (CCCM) : fréquence des réunions, mandat des groupes sectoriels, cartographie des parties prenantes, SOP et directives pour le partage des données, cartographie et opportunités des financements 3 Consulter l'équipe de gestion du district ou l'organisme de coordination équivalent au niveau du district : fréquence des réunions, cartographie des parties prenantes, SOP ou directives, pratiques de partage des données 4 Examiner le Plan national sur le choléra existant ou en projet (Plan d'élimination du choléra, plan de réponse au choléra, plan de préparation au choléra) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les différents mécanismes et organes de coordination et comprendre leurs rôles et responsabilités et comment ils fonctionnent, analyser le rôle que peut jouer ACF en termes de coordination (8) • Comprendre les rôles et responsabilités des ministères, des partenaires nationaux et internationaux, des institutions et des donateurs, y compris l'identification des domaines de collaboration et de coordination • Évaluer la pertinence du positionnement d'ACF (géographiquement ou pour un certain type d'activités) et s'assurer qu'il n'y a pas de chevauchement avec d'autres acteurs • Identifier où ACF peut contribuer en termes de définition de la stratégie de préparation et de réponse, des directives techniques et des SOP (seuil de réponse, accord de partage de données, utilisation d'équipes de réponse rapide, utilisation d'approches ciblées et axées sur les épis, cartographie des cas) • Comprendre les régimes de financement, être informé de toute possibilité de financement et soulever des préoccupations de plaidoyer

BUT	QUEL TYPE DE DONNÉES ?	OÙ LES TROUVER ?	COMMENT LES INTERPRÉTER ?
<p style="text-align: center;">IDENTIFIER LES DOMAINES POTENTIELS DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE</p> <p style="text-align: center;"><i>(Idéalement, avant l'épidémie)</i></p>	<p style="text-align: center;">SURVEILLANCE</p> <p>Informations requises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité de détection précoce • Capacité de confirmation en laboratoire • Capacité à mener la collecte et la communication des données, l'analyse et l'interprétation des données, ainsi que la production et la diffusion des rapports sur le choléra 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Revoir les SOP ou directives nationales de surveillance du choléra : collecte, transport et stockage des échantillons de laboratoire, directives nationales sur les laboratoires, système d'assurance qualité du laboratoire et ses évaluations antérieures, vérification et l'investigation des alertes d'épidémie, calendrier de notification en cours et partage des données, mécanismes de surveillance communautaire et mécanismes de surveillance des frontières 2 Revoir les capacités et les ressources pour la surveillance de la santé publique: existence d'un programme de formation en épidémiologie de terrain, d'institutions nationales de recherche en santé publique, de capacités de laboratoire, d'accords internationaux avec un laboratoire de référence. Évaluer la capacité des agents de santé (AS) et des agents de santé communautaire (ASC) en matière de détection des cas, de collecte de données, de gestion et de notification. 3 Évaluer la disponibilité des fournitures et consommables de laboratoire et la capacité de confirmation en laboratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la pertinence et la faisabilité du positionnement d'ACF sur les activités de gestion de cas (11) • Comblir toute lacune potentielle en termes de ressources humaines, de matériel et de fournitures pour respecter le protocole de traitement médical, les mesures d'IPC recommandées et les normes de services EAH • Fournir les procédures, directives, protocoles et supports de communication nécessaires • Identifier les réseaux communautaires et les partenaires qui seraient engagés dans la promotion de la recherche de soins précoces et des références au CTF
<p style="text-align: center;">IDENTIFIER LES LACUNES EN TERMES DE GESTION SÛRE ET DIGNE DES CAS DE CHOLÉRA</p> <p style="text-align: center;"><i>(idéalement avant l'épidémie)</i></p>	<p style="text-align: center;">GESTION DES CAS</p> <p>Informations requises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité en termes de détection précoce et d'orientation • Capacité en termes de traitement médical: triage, thérapie d'hydratation, thérapie complémentaire et sortie • Respect des mesures d'infection, de prévention et de contrôle recommandées: hygiène des mains, préparation et manipulation des aliments, blanchisserie, gestion des déchets, nettoyage et désinfection, lutte antivectorielle, gestion des cadavres • Respect des normes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène: eau potable, solutions de réhydratation orale, solutions chlorées, latrines, douches et baignoires, eaux usées et drainage, éducation à la santé et à l'hygiène 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Revoir les directives, SOPs et protocoles nationaux liés aux protocoles de traitement et de référence: SOP sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des patients, comprenant les comorbidités et les femmes enceintes, l'approvisionnement / la logistique, la chaîne d'approvisionnement et le stockage des matériaux et de l'équipement; plan de formation et de déploiement des ressources humaines; directives sur la prévention et le contrôle des infections (IPC) et outils de notification et de suivi 2 Évaluation des installations de traitement du choléra détaillant les lacunes dans la disponibilité des ressources humaines, des médicaments, du matériel médical, des fournitures médicales, des TDR, de l'infrastructure et de l'accès aux services EAH (9) et aux mesures de l'IPC à l'aide des outils ACF (10) 3 Évaluer la disponibilité des lignes directrices et des protocoles au ETC et leur utilisation par le personnel et les populations touchées 4 Évaluer la disponibilité du matériel de communication sur l'accès aux soins du choléra au niveau communautaire, la sensibilisation de la communauté à l'identification précoce des symptômes du choléra, et la recherche de traitement précoce dans les services de confiance 5 Évaluer la surveillance communautaire : capacité des agents de santé (AS) et des agents de santé communautaire (ASC) en matière de détection et d'orientation des cas et d'utilisation des TDR 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la pertinence et la faisabilité du positionnement d'ACF sur les activités de gestion de cas (11) • Comblir toute lacune potentielle en termes de ressources humaines, de matériel et de fournitures pour respecter le protocole de traitement médical, les mesures d'PCI recommandées et les normes de services EAH • Fournir les procédures, directives, protocoles et supports de communication nécessaires • Identifier les réseaux communautaires et les partenaires qui seraient engagés dans la promotion de la recherche de soins précoces et des références au CTF

BUT	QUEL TYPE DE DONNÉES ?	OÙ LES TROUVER ?	COMMENT LES INTERPRÉTER ?
<p>DÉVELOPPER LA COMPRÉHENSION DU CONTEXTE EAH ET MENER DES INTERVENTIONS EFFICACES ET CONTEXTUALISÉES</p> <p><i>(idéalement avant l'épidémie)</i></p>	<p>EAH</p> <p>Informations requises :</p> <ul style="list-style-type: none"> Niveau de connaissances et d'orientation pour la mise en œuvre de la réponse EAH et les activités de lutte contre l'épidémie de choléra Vulnérabilités EAH et niveau actuel de prestation de services EAH Adhésion au cadre réglementaire par les prestataires de services Surveillance de la qualité de l'eau dans toutes les sources Compréhension des barrières/facilitateurs communautaires à l'intervention de réponse EAH 	<ul style="list-style-type: none"> Examiner toutes les évaluations antérieures sur les interventions de réponse EAH: enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques, enquêtes sur la qualité de l'eau, enquête de suivi post-distribution, évaluation de l'utilisation des kits, études d'efficacité ou d'impact Revoir le cadre politique et réglementaire pour EAH, y compris les directives nationales, les protocoles et les SOP : mécanismes de livraison opportuns, axés sur les épis et géo-ciblés (équipes d'intervention rapide, ITAO, interventions par groupe de cas, interventions dans les établissements de santé), désinfection à domicile, enterrements et funérailles sécurisés, nourriture sûre et hygiène, traitement de l'eau à la source, Options de traitement de l'eau domestique (HWT), kits de lutte contre le choléra, surveillance de la qualité de l'eau (politiques, fournitures et outils), élimination des excréments, gestion des eaux usées, promotion du lavage des mains et installations Cartographie des vulnérabilités EAH et évaluation de la prestation et des pratiques existantes des services EAH au niveau des ménages, de la communauté et des institutions (marché, école, port, gare routière): facteurs qui aggravent encore la dynamique de transmission, type de source d'eau, fournisseur de services d'eau potable, options de HWT utilisées, pratiques et installations de lavage des mains, élimination des excréments, déchets gestion de l'eau, projets futurs ou en cours, analyse des parties prenantes et capacités de résilience pour répondre aux épidémies de choléra, niveau d'engagement communautaire, perceptions et croyances communautaires et normes sociales liées aux pratiques EAH et à l'intervention d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Développer la compréhension des vulnérabilités EAH et de la prestation et des pratiques existantes des services EAH Atténuer toute barrière sociale empêchant la réussite de la réponse (y compris les aspects socio-anthropologiques) Concevoir un mécanisme de prestation et des interventions efficaces en tenant compte des croyances, des pratiques et de la capacité de résilience des populations Contribuer à la stratégie, aux orientations, au protocole et aux SOP du groupe de travail EAH (12-18) Bénéficier des leçons apprises des autres programmes EAH
<p>DÉVELOPPER LA COMPRÉHENSION DU CONTEXTE SOCIAL, CULTUREL, POLITIQUE ET LINGUISTIQUE ET CONCEVOIR DES INTERVENTIONS CONTEXTUALISÉES</p> <p><i>(idéalement avant l'éclosion)</i></p>	<p>ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE</p> <p>Informations requises :</p> <ul style="list-style-type: none"> Connaissance de la maladie, sa propagation, sa prévention et l'intervention de réponse potentielle Approche multisectorielle de l'engagement communautaire: coordination et partage d'informations entre les secteurs et les parties prenantes Connaissance des dynamiques politiques, sociales et culturelles qui façonnent la relation des gens à la maladie et aux interventions Connaissance des parties prenantes de la communauté à consulter et à engager lors de l'élaboration et de la conduite des interventions de réponse 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des évaluations antérieures des interventions de communication des risques ou d'engagement communautaire: enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, analyse qualitative et anthropologique, confiance dans les systèmes de soins de santé formels, O&M des infrastructures Examen des directives et protocoles nationaux sur l'éducation sanitaire, la promotion de la santé, la mobilisation sociale et le changement de comportement, y compris la disponibilité d'informations contextualisées localement, l'éducation, la communication Identifier les principaux acteurs de la communauté : guérisseurs traditionnels, syndicats; identifier qui est responsable de la manipulation, de la préparation et de l'enterrement du cadavre (16) Revoir le contexte social, culturel, politique et linguistique : recueillir des informations clés sur les croyances de la population, les rituels mortuaires et les perceptions d'interventions sûres (16); la capacité des ménages à accéder aux ressources pour permettre un changement de comportement; la volonté politique d'arrêter l'épidémie, facteurs influençant l'utilisation des services de santé Identifier les initiatives existantes pour renforcer la participation communautaire dans tous les secteurs et les liens avec d'autres programmes de contrôle et de prévention des maladies (par exemple polio, rotavirus, méningite, typhoïde, fièvres hémorragiques virales) 	<ul style="list-style-type: none"> Développer la compréhension des liens entre les systèmes communautaires et de santé et les services EAH Atténuer toute barrière sociale empêchant la réussite de la réponse (y compris les aspects socio-anthropologiques) Concevoir un mécanisme de prestation et des interventions efficaces en tenant compte des croyances, des pratiques, de la capacité de résilience de la population et des acteurs communautaires appropriés Aligner les messages et les supports de communication entre les parties prenantes, adapter les messages à chaque public et besoins Bénéficier des enseignements tirés d'autres initiatives du secteur de la santé, de l'éducation et de la communication



RESSOURCES ADDITIONNELLES

- GTFCC Surveillance working group (2019), 'Framework for the development and monitoring of a multi-sectoral National Cholera Plan'
- GTFCC Surveillance working group (2017), 'Interim Guidance Document sur Cholera Surveillance'
- MSF (2018) 'Management of a cholera epidemic', chapitre 2.6 'Data analysis'

RÉFÉRENCES

- (1) UNICEF (2014) *West and Central Africa cholera factsheets*
 - (2) WHO *we*
 - (3) ProMED-Mail
 - (4) Reliefweb update
 - (5) GTFCC *tool to identify cholera hotspots*
 - (6) UNICEF *method to identify cholera hotspots*
 - (7) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 2F 'Quels sont les besoins en ressources des ETC?'
 - (8) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 1A 'Quels sont les mécanismes externes de coordination?'
 - (9) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 4D 'Quels standards EAH dans les ETC?'
 - (10) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 2H 'Quelles sont les mesures clefs pour la prévention et le contrôle de l'infection dans les ETC?'
 - (11) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 2A 'Comment se préparer à la prise en charge médicale des cas de choléra?'
 - (12) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3A 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie?'
 - (13) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3B 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement?'
 - (14) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3C 'Comment mettre en place des Equipes de Réponse Rapide?'
 - (15) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3E 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra?'
 - (16) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3F 'Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires?'
 - (17) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3G 'Quels sont les standards ACF pour les kits communautaires?'
 - (18) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3D 'Comment cartographier les cas lors d'épidémies de choléra?'
-

4B

QUELS INDICATEURS POUR MESURER LA PERFORMANCE D'UNE REPONSE AU CHOLERA ?



POSITIONNEMENT

ACF met régulièrement en œuvre des interventions EAH et SMPS pendant les épidémies de choléra et est prêt à entreprendre des activités de gestion de cas (si aucun acteur médical n'est présent ou en mesure de répondre)



OBJECTIF

Mener une évaluation en temps réel des interventions ACF pendant les épidémies de choléra, et mettre en œuvre des actions correctives si nécessaire



RESPONSABILITÉ

Responsable Département Santé et Nutrition



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTE & NUTRITION + LOGISTIQUE + RESSOURCES HUMAINES

- Les indicateurs de performance clé sont multisectoriels

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Les indicateurs de performance sont destinés à promouvoir la mesure des progrès vers la réalisation de la norme et à favoriser l'apprentissage continu et l'amélioration de la qualité et de la responsabilité des réponses humanitaires (1)
- Les indicateurs clés de performance (KPI) ci-dessous sont un ensemble d'indicateurs qui permettent une évaluation en temps réel de la réponse d'ACF pendant les épidémies de choléra dans les départements techniques et de support
- Des cibles recommandées sont proposées dans le cadre ci-dessous. Ils peuvent être adaptés aux défis rencontrés sur le terrain et s'accorder aux directives nationales
- Idéalement, les KPI devraient être calculés sur une base hebdomadaire et joints aux rapports de situation hebdomadaires d'ACF (2)

QUEL CADRE D'INDICATEURS CLÉS DE PERFORMANCE ?

	QUEL INDICATEUR DE PERFORMANCE ?	COMMENT CALCULER ?	QUELLE CIBLE ?	QUELLE RECOMMANDATION ?
COORDINATION				
NIVEAU NATIONAL	Pertinence de l'intervention d'ACF	Prestation de services et ressources appropriées mobilisées pour répondre aux besoins et aux risques évalués	<ul style="list-style-type: none"> Aligné avec l'analyse de la situation nationale Conforme aux normes 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les preuves et les notes techniques
NIVEAU TERRAIN	Efficacité de l'intégration	pourcentage d'équipes mixtes de réponse rapide (ERR) composées de membres du gouvernement et d'ACF	Nombre d'ERR composées de membres du gouvernement et d'ACF sur le nombre total d'ERR	<ul style="list-style-type: none"> >50% <ul style="list-style-type: none"> Accroître les liens entre le gouvernement et les membres d'ACF
PRISE EN CHARGE DES CAS				
TRAITEMENT MÉDICAL	Qualité des soins médicaux	Taux de mortalité dans chaque centre de traitement du choléra géré par ACF	Nombre de décès dans les établissements du choléra par rapport au nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique ¹	<ul style="list-style-type: none"> <1% <ul style="list-style-type: none"> Re-former le personnel médical Évaluer l'emplacement, le type ou le nombre de ETCs
	Gestion adéquate des médicaments	Nombre de jours par semaine avec une pénurie de fournitures médicales essentielles (module médicaments)	Compter le nombre de jours où les RL, SRO, kits de perfusion ou cathéters ont été en pénurie	<ul style="list-style-type: none"> 0 <ul style="list-style-type: none"> Anticipez les ruptures de stock et les délais d'achat
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION (PCI)	Efficacité des mesures PCI	Nombre de cas suspectés d'avoir contracté la maladie dans chaque centre de traitement du choléra géré par ACF	Enquêter sur les cas et compter le nombre de cas suspects qui ont contracté la maladie dans le CTC (personnel de santé, gardien, visite) au cours d'une semaine épidémiologique.	<ul style="list-style-type: none"> 0 <ul style="list-style-type: none"> Assurer un suivi régulier des pratiques PCI Renforcer, le cas échéant, les mesures PCI
		Score de mesure PCI de la liste de contrôle (3)	Remplir la liste de contrôle PCI	<ul style="list-style-type: none"> 45/45
STANDARD EAH	Quantité d'eau potable	Litres d'eau potable disponibles quotidiennement dans chaque centre de traitement du choléra géré par ACF	Entretien avec le personnel Inspection visuelle de l'installation de stockage d'eau	<ul style="list-style-type: none"> 60 litres par patient 15 litres par soignant Stockage pour trois jours d'approvisionnement en eau <ul style="list-style-type: none"> Augmenter l'accès à l'eau Améliorer la qualité de l'eau
		Niveau de chlore résiduel libre au point de distribution à pH <8,0 après 30 minutes de temps de contact dans chaque centre de traitement du choléra géré par ACF	Mesurer le chlore résiduel libre en utilisant un test indicateur DPD au point de distribution 30 min après la chloration	<ul style="list-style-type: none"> Niveau de chlore résiduel libre ≥ 0,5 mg / L

1 - Exemple: 60 cas de choléra et 1 mort ont été enregistrés au cours de la semaine précédente. Le Taux de mortalité est 1.7% (1/60*100).

	QUEL INDICATEUR DE PERFORMANCE ?	COMMENT CALCULER ?	QUELLE CIBLE ?	QUELLE RECOMMANDATION ?
SURVEILLANCE				
SURVEILLANCE COMMUNAUTAIRE ET AIGUILLAGE	Efficacité de la surveillance communautaire et de l'aiguillage	Nombre de cas de choléra référés	<ul style="list-style-type: none"> 100% des cas suspects identifiés dans la communauté sont vus au centre de traitement du choléra géré par ACF 	<ul style="list-style-type: none"> Accroître l'identification précoce des cas de choléra
COMPLÉTUDE DU RAPPORT COMMUNAUTAIRE	Efficacité de la détection active des cas de choléra	Pourcentage des rapports transmis par les volontaires communautaires formés par ACF qui sont complets et reçus à temps	<ul style="list-style-type: none"> >80% 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la couverture des interventions de réponse au choléra
REPONSE COMMUNAUTAIRE				
	Exhaustivité de l'intervention	Pourcentage de cas pour lesquels une désinfection à domicile a été effectuée	<ul style="list-style-type: none"> 80% 	<ul style="list-style-type: none"> Combiner différents mécanismes de d'intervention ciblée (Fiche technique n°3B)
	Intégralité de l'intervention (paquet minimum)	Pourcentage de cas pour lesquels des interventions de désinfection domestique, éducation à la santé et à l'hygiène et traitement de l'eau à la source ont été effectuées dans et autour de la résidence du cas	<ul style="list-style-type: none"> 80% 	<ul style="list-style-type: none"> Combiner différents mécanismes d'intervention ciblée (Fiche technique n°3B)
	Rapidité d'intervention	Nombre d'heures moyen entre l'admission du patient et la désinfection domestique	<ul style="list-style-type: none"> 48 heures 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanisme combiné d'intervention ciblée (Fiche technique n° 3B)
	Responsabilisation communautaire	Pourcentage de retours communautaires traités ³ .	<ul style="list-style-type: none"> 100% des retours communautaires traités 	<ul style="list-style-type: none"> Consulter la communauté avant toute intervention et l'associer à la conception de l'intervention

2 - Ce nombre ne concerne que les ménages des cas et non les voisins (même s'ils seront ciblés)

3 - Communities provide feedback on ACF interventions either through a hotline or an alternative feedback system.

	QUEL INDICATEUR DE PERFORMANCE ?	COMMENT CALCULER ?	QUELLE CIBLE ?	QUELLE RECOMMANDATION ?
FONCTIONS SUPPORT				
LOGISTIQUE	Rapidité de livraison des fournitures	Pourcentage de demandes d'achat traitées à temps	A déterminer ⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir le plan d'approvisionnement • Embaucher des ressources logistiques dédiées à la réponse à l'épidémie de choléra • Si possible, activez la procédure de logistique d'urgence
RESSOURCES HUMAINES	Efficacité du recrutement	Nombre de postes vacants	Compter le nombre de postes publiés qui n'ont pas été pourvus	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • Élargir les zones géographiques de recrutement • Élargir le profil des candidats (p. Ex., Considérer la candidature d'un étudiant universitaire) • Si possible, activer la procédure de logistique des ressources humaines
COMMUNICATION	Communication interne régulière	Nombre de rapports de situation disséminés parmi les membres de la mission et du siège d'ACF	Compter le nombre de rapports de situation validés au cours d'une semaine épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • 1 rapport de situation par semaine • Revoir le processus interne de rédaction des rapports de situation
FINANCEMENT	Financement adéquat	Les fonds sont disponibles à temps et répondent aux besoins financiers		<ul style="list-style-type: none"> • 100% des besoins financiers couverts à temps • Surveiller régulièrement les déficits de financement • Faciliter le déblocage des fonds en cas d'urgence
	Utilisation appropriée des ressources financières	Les ressources sont utilisées pour les activités convenues		<ul style="list-style-type: none"> • 100% du budget exécuté • Surveiller régulièrement le budget • Anticiper la discussion avec les donateurs



RESSOURCES ADDITIONNELLES

- ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche Technique 2B 'Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra?'
- ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche Technique 3B 'Comment mettre en œuvre des interventions ciblées géographiquement?'
- ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche Technique 3E 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra?'
- Core Humanitarian Standard (2015), "[CHS guidance note and indicators](#)"

4C

COMMENT INTERPRETER LES INDICATEURS DES ETABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA?



POSITIONNEMENT

ACF peut initier des activités de prise en charge médicale des cas de choléra si aucun acteur médical n'est présent ou en mesure de répondre



OBJECTIF

Fournir aux missions terrain des informations sur la façon d'interpréter les indicateurs des établissements de lutte contre le choléra pendant les épidémies de choléra



RESPONSABILITÉ

Responsable Département Santé et Nutrition



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTE & NUTRITION

- Les indicateurs sur l'origine géographique, le sexe, l'activité professionnelle et l'âge peuvent donner des indications sur les groupes de population à haut risque et ainsi contribuer à l'ajustement des activités de réponse locales

QUEL EST LE PRINCIPE ?

- Les indicateurs des établissements de lutte contre le choléra sont destinés à permettre une évaluation et une amélioration en temps réel de la qualité et de la responsabilité de la gestion des cas par ACF.
- Les indicateurs épidémiologiques peuvent être davantage analysés pour produire une carte d'incidence ou une courbe épidémiologique et ainsi donner un aperçu de la dynamique de l'épidémie de choléra.
- Certains indicateurs permettent d'identifier le groupe de population à haut risque et la localisation géographique des cas et contribuent ainsi à l'ajustement des activités de sensibilisation.
- Les informations personnelles et médicales des patients doivent être enregistrées dans une base de données électronique et doivent respecter le cadre juridique local de confidentialité des données
- Les objectifs et l'interprétation recommandés sont proposés dans le cadre ci-dessous. Ils peuvent être adaptés aux défis rencontrés sur le terrain et doivent être conformes aux directives nationales
- Idéalement, les indicateurs des établissements de choléra devraient être calculés sur une base hebdomadaire

QUEL CADRE POUR LES INDICATEURS DES ETABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA (ETC)

PRINCIPAUX INDICATEURS	COMMENT CALCULER?	QUELLE CIBLE?	COMMENT INTERPRÉTER?
NOMBRE D'ADMISSIONS HEBDOMADAIRES	Nombre de patients admis au cours de la semaine épidémiologique ¹ .	Ne devrait pas excéder la capacité en lits	<ul style="list-style-type: none"> • Indication sur l'évolution de l'épidémie • Indication sur l'intensité de la transmission • Evaluation des besoins en approvisionnement, capacité en lits et RH
TAUX DE MORTALITÉ HEBDOMADAIRES	Nombre de décès dans les établissements du choléra par rapport au nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique	<1%	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité du traitement médical • Présentation tardive des patients (> 1%) • Problèmes d'accessibilité au traitement (> 1%) • Problème avec l'emplacement, le type ou le nombre d'ETC
NIVEAU DE DÉSHYDRATATION (OMS)	<p>Nombre de patients présentant un niveau de déshydratation sévère sur le nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique</p> <p>Même calcul pour les patients avec déshydratation modérée et sans déshydratation</p>	<p>CTC unique recevant tous les cas sans CTU ou ORP</p> <ul style="list-style-type: none"> • sévère 25-30% • Modéré 30-40% • Aucun 30-40% <p>CTC de référence avec CTU et / ou ORP</p> <ul style="list-style-type: none"> • ORP sévère de 70 à 80% • Très peu ou pas de cas graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes d'accessibilité • Pertinence de l'emplacement, du type et du nombre d'ETC • Précision du diagnostic de déshydratation • Niveaux de formation du personnel • Utilisation appropriée des ressources, par exemple, la déshydratation peut être surestimée pour justifier un traitement IV perçu comme plus efficace • Comportement de recherche de soins, par exemple si le nombre de cas graves est très élevé, cela peut signifier que la population ne demande de l'aide qu'en dernier recours. • Indication de l'efficacité de l'éducation à la santé et à l'hygiène • Approvisionnement en évaluation, capacité en lits et besoins en RH
ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS²	Nombre de patients par emplacement géographique (par exemple, section de la ville, blocs, quartier, villages) au cours d'une semaine épidémiologique	Si de nombreux cas arrivent de l'extérieur de la zone couverte par l'ETC, il faudra peut-être revoir la stratégie d'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Indication sur la propagation géographique de l'épidémie • Pertinence de l'emplacement de l'installation • Informations sur la façon de cibler géographiquement les interventions

AUTRES DONNÉES	COMMENT CALCULER?	QUELLE CIBLE?	COMMENT INTERPRÉTER?
AGE³	<p>Nombre de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique par groupe d'âge, généralement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-4 • 5-14 • 15-60+ • 60+ 	<p>Non endémique (aucune immunité de population existante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La proportion de cas sera généralement similaire à la démographie globale de la population affectée, par ex. <5 ans 17-20% <p>Endémique (immunité présente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 5 ans seront plus fréquents, par ex. 25-35% 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification du groupe de population à risque • Information sur le groupe de population à cibler avec des activités d'éducation à la santé et à l'hygiène • Facteur de risque potentiel commun à un groupe de population
SEXE	<p>Nombre de femmes parmi les patients admis au cours d'une semaine épidémiologique</p> <p>Nombre d'hommes parmi les patients admis au cours d'une semaine épidémiologique</p>	Habituellement, 50% de femmes 50% d'hommes, mais fortement tributaire de la démographie et du contexte de la population	<ul style="list-style-type: none"> • Identification du groupe de population à risque • Information sur le groupe de population à cibler avec des activités d'éducation à la santé et à l'hygiène • Facteur de risque potentiel commun à un groupe de population

1 - Une semaine épidémiologique commence généralement le dimanche et se termine le samedi suivant. Cependant, des écarts entre les pays peuvent se produire

2 - La précision et une échelle à haute résolution sont cruciales. L'unité administrative la plus basse doit être enregistrée.

3 - Vers la fin de l'épidémie, ce chiffre pourrait augmenter à mesure que d'autres maladies diarrhéiques commenceront à réapparaître, par ex. rotavirus

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE (facultatif)	Nombre de patients par activité professionnelle sur le nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique	Dépendant du contexte	<ul style="list-style-type: none"> ● Identification du groupe de population à risque ● Information sur le groupe de population à cibler avec des activités d'éducation à la santé et à l'hygiène ● Facteur de risque potentiel commun à un groupe de population
STATUT: DÉPLACÉS / RÉSIDENTS / RÉFUGIÉS (facultatif)	Nombre de patients par statut sur le nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique	Dépendant du contexte	<ul style="list-style-type: none"> ● Identification du groupe de population à risque ● Information sur le groupe de population à cibler avec des activités d'éducation à la santé et à l'hygiène ● Facteur de risque potentiel commun à un groupe de population
CONTEXTE DE TRANSMISSION⁴	Enquêter sur les cas à l'aide du formulaire d'enquête de cas (1)	<ul style="list-style-type: none"> ● Cas des ménages et parmi les voisins ● Institutions et lieux publics ● Rassemblements de population ● Installations de traitement du choléra ● Enterrements et funérailles et ● Contamination environnementale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compréhension du contexte de la transmission de Vibrio cholera ● Sélection d'une approche ciblée et de packages EAH appropriés (1)
STATUT VOC (Vaccin Oral contre le Choléra)	Statut à la vaccination VOC du patient	Pas applicable	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation de l'efficacité du vaccin et de la stratégie vaccinale
GROSSESSE	Nombre de patientes enceintes sur le nombre total de patients (hommes et femmes) admis au cours d'une semaine épidémiologique	2-6% des admissions en fonction de la démographie de la population affectée (si la proportion de femmes est plus élevée, ces % seront plus élevés)	<ul style="list-style-type: none"> ● Si le % est faible, les femmes enceintes n'accèdent pas aux soins ● Identification du groupe de population à risque ● Information sur le groupe de population à cibler avec des activités d'éducation à la santé et à l'hygiène ● Facteur de risque potentiel commun à un groupe de population
TYPE DE SORTIE	Nombre de patients sortis de l'établissement par résultat sur le nombre total de patients sortis de l'établissement pendant une semaine épidémiologique.	<p>99% sortis guéris</p> <p>0% sortis contre l'avis médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Qualité du traitement ● Accès au ETC ● Acceptabilité du traitement par la communauté
DURÉE MOYENNE DE SEJOUR EN ETC	Nombre de jours de séjour de chaque patient dans l'établissement par rapport au nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique	Maximum 3 jours sauf comorbidité par ex. malnutrition aigüe sévère, VIH, grossesse, paludisme.	<ul style="list-style-type: none"> ● Qualité du traitement médical ● Acceptabilité (acceptation?) Et qualité des soins (confort, sensibilité culturelle) ● Facteurs externes (par exemple, déplacement de population)
CONSOMMATION MOYENNE DE RINGERS LACTATE ET SRO PAR PATIENT	Nombre de sachets de SRO utilisés sur le nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique Litres de solution de lactate de Ringer utilisés sur le nombre total de patients admis au cours d'une semaine épidémiologique	<p>Moyenne par patient en CTC</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 8-10 sachets SRO ● Sous traitement IV, 8 à 10 litres de lactates de Ringers 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erreurs de prescription ● Utilisation appropriée des ressources ● Précision du suivi clinique des patients ● Stock hors ORS ou RL?



RESSOURCES ADDITIONNELLES

- ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 4B 'Quels indicateurs de performance clés utiliser?'
- ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3A 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie?'

RÉFÉRENCES

- (1) ACF Choléra Toolkit Opérationnel, Fiche technique 3A 'Comment mettre en œuvre des interventions guidées par l'épidémiologie?'
- (2) The West and Central Africa Cholera Platform (2017), 'Overview of the strategy to control and prevent cholera in West and Central Africa The "Shield and Sword" concept'.
- (3) ACF (2013), 'Lutter contre le choléra'

4 - Le contexte de transmission est défini comme les circonstances dans lesquelles une personne contractera très probablement la maladie (2,3). Six contextes récurrents ont été identifiés

4D

QUELS STANDARDS POUR LES SERVICES EAH DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF est un signataire international du *Core Humanitarian Standard (CHS)*, qui s'engage à respecter les normes EAH internationales et se positionnera sur la réponse EAH au choléra si nécessaire



OBJECTIF

Garantir de bonnes pratiques de prévention et de contrôle des infections et assurer la sécurité et le confort des patients dans les établissements de traitement du choléra



RESPONSABILITÉ

Responsable Programme EAH



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

EAH + SANTÉ ET NUTRITION

- Les équipes de Santé et Nutrition doivent connaître et appliquer les normes EAH (par exemple, les programmes EAH et Nutrition dans un contexte de choléra)

QUEL EST LE PRINCIPE ?

La fonctionnalité d'un établissement de traitement du choléra (ETC) dépend fortement de l'approvisionnement adéquat des services EAH, assuré par le respect des normes correspondantes. Étant donné l'importance de la prévention et du contrôle des infections (PCI) pour les épidémies de choléra, un contrôle quotidien approfondi de toutes les activités EAH dans les ETC est nécessaire pour prévenir la contamination croisée dans le contexte de transmission des ETC.

Les activités EAH et PCI ont été distinguées par la GTFCC.

Les mesures PCI comprennent (1) :

- Restriction d'accès et de circulation
- Hygiène des mains
- Utilisation d'équipements de protection individuelle
- Préparation et manipulation des aliments en toute sécurité
- Lavage du linge et des vêtements souillés
- Gestion des déchets (2)
- Lutte contre les vecteurs

QUEL SUIVI DES STANDARDS EAH DANS UN ETC ?

Le tableau ci-dessous peut être utilisé comme une check liste par le personnel d'ACF qui travaille (ou visite) l'ETC, le PM EAH ou le responsable de département EAH, et même par les agents du CTC affectés au contrôle quotidien de la qualité.

Date de l'évaluation : / /	Poste de l'évaluateur : _____
Nom de l'évaluateur : _____	Contact de l'évaluateur : _____
Nom de l'établissement de santé : _____	Nombre d'employés : _____
Lieu (district, ville, village) : _____	Nombre de patients hospitalisés : _____
GPS Long : _____	Taux d'occupation : _____ %
GPS Lat: _____	Patients externes/jour : _____
<input type="checkbox"/> Hopital <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Clinique Mobile <input type="checkbox"/> Centre de traitement du choléra <input type="checkbox"/> Unité de traitement de Cholera <input type="checkbox"/> Centre d'alimentation thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre	
Point focal de l'établissement de santé : _____	
Contact : _____	

QUOI?	QUELS SONT LES RÉSULTATS ATTENDUS ?	COMMENT FAIRE LE SUIVI ?	QUELLE CIBLE ?	QUEL SCORE ?
QUALITÉ DE L'EAU	L'eau destinée à la boisson, à la cuisine, à l'hygiène personnelle, aux soins médicaux, au nettoyage et à la lessive est traitée, désinfectée et sûre pour l'usage prévu ¹	Analyse de la qualité de l'eau dans des points d'eau choisis au hasard	<input type="checkbox"/> Coliformes 0 TTC/100ml <input type="checkbox"/> CRL 0,5-1mg/l <input type="checkbox"/> Turbidité <5 NTU	__ / 3 __ / 3 __ / 1
QUANTITÉ D'EAU	Une quantité suffisante d'eau est disponible à tout moment dans toute l'ETC pour le contrôle des infections, les soins médicaux, l'hygiène personnelle, la boisson, la lessive et la préparation des aliments ²	Entretien avec le personnel de chaque service Un contrôle visuel ?	<input type="checkbox"/> 60 l/jour pour les patients <input type="checkbox"/> 15 l/jour pour les garde-malades <input type="checkbox"/> Stockage >3 jours <input type="checkbox"/> 10l /patient/jour de SRO	__ / 2 __ / 2 __ / 1 __ / 2
ACCÈS À L'EAU	Des points de collecte et d'utilisation de l'eau sont disponibles en nombre suffisant dans tous les services d'un ETC pour permettre un accès pratique pour les soins médicaux, les activités de contrôle des infections, la boisson, l'hygiène personnelle, la préparation des aliments, la lessive et le nettoyage ³	Inspection visuelle de tous les points d'eau (ouvrir le robinet)	<input type="checkbox"/> Tous les robinets sont fonctionnels	__ / 7

1 - Exempt de contamination fécale : 0 TTC/100ml ; suffisant Chlore résiduel : 0,5-1mg/l au point de distribution ; turbidité moindre : <5 NTU

2 - Pas de rupture d'eau signalée : 60 l/patient /jour + 15 l/garde-malade /jour + stockage pendant 3 jours pour les patients et les garde-malades de l'approvisionnement en eau

3 - Eau disponible dans toutes les zones de l'ETC où les soins de santé sont dispensés et dans tous les secteurs. Toutes les toilettes / latrines sont propres et fonctionnelles et le sol de l'ETC est exempt de défécation en plein air

ÉLIMINATION DES EXCRÉTAS	Un nombre suffisant de toilettes adéquates, accessibles, appropriées et sûres pour le personnel, les patients et les soignants, qui ne contaminent pas l'établissement de santé ou l'approvisionnement en eau (une toilette fonctionnelle pour 20 utilisateurs). ⁴	Inspection visuelle de chaque cabine de toilettes/latrines Promenade d'observation autour du périmètre de l'ETC	<input type="checkbox"/> Toutes les toilettes/latrines sont propres et fonctionnelles <input type="checkbox"/> Le sol de l'ETC est exempt de défécation en plein air	__ / 5 __ / 4
HYGIÈNE ENVIRONNEMENTALE ET PERSONNELLE	<p>Chaque quartier dispose d'un nombre suffisant de dispositifs de lavage des mains fonctionnels⁵</p> <p>Une hygiène correcte est encouragée par des activités de promotion de l'hygiène, des affiches, de l'IEC et par la direction du personnel, des patients et des soignants⁶</p> <p>Un nombre suffisant de douches adéquates, appropriées et accessibles sont disponibles dans la zone conçue (au moins une douche fonctionnelle pour 50 utilisateurs).</p>	<p>Inspection visuelle de tous les dispositifs de lavage des mains</p> <p>Entretien avec 4 patients hospitalisés/soignants sélectionnés au hasard (« avez-vous été informé des comportements d'hygiène essentiels à votre arrivée ? »)</p> <p>Inspection visuelle de toutes les douches</p>	<input type="checkbox"/> Lavage des mains à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution chlorée à 0,05 % disponible dans chaque service <input type="checkbox"/> Les patients/soignants sont informés des comportements essentiels dans les 30 minutes suivant leur arrivée <input type="checkbox"/> Toutes les douches sont propres et fonctionnelles	__ / 4 __ / 3 __ / 3
<p>Utilisez l'espace ci-dessous ou des pages supplémentaires pour saisir les notes, commentaires et recommandations supplémentaires. Action, ou dessin</p>				<p style="text-align: right;">Total Score / 40 (add all individual scores together)</p>
<p>Dès qu'il est rempli, envoyez ce formulaire à : _____@_____</p>				

Source: Adapté de WHO (2011) WASH in Health Facilities in emergencies Guide



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- 2B ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra ?'
- 2H ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Quelles mesures clés pour la prévention et le contrôle des infections dans les établissements de traitement du choléra ?'
- 2E ACF Toolkit Cholera Opérationnel, Fiche technique 'Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra ?'
- [WHO WASH in Health Facilities in emergencies Guide](#)
- [UNICEF Cholera Toolkit 8E Establishing cholera treatment sites including infection control \(WASH\)](#)

RÉFÉRENCES

- (1) ACF Cholera Operational Toolkit, Note technique 'What key measures for Infection, Prevention and Control in Cholera Treatment Facilities'
- (2) ACF Cholera Operational Toolkit, Note technique 'How to manage waste in Cholera Treatment Facilities'

4 - Dispositif de lavage des mains avec du savon et de l'eau ou une solution de chlore à 0,05 %, disponible dans chaque zone de l'ETC où des soins de santé sont dispensés et dans toutes les autres zones .

5 - Les patients et le garde-malade sont informés des comportements d'hygiène essentiels dans les 30 minutes qui suivent leur arrivée.

6 - Toutes les douches sont propres et fonctionnelles



5

FONCTIONS CLÉS DE SOUTIEN

-
- 5A** Quel organigramme des ressources humaines pour une réponse choléra ? p.163
 - 5B** Note d'information sur la logistique et la chaîne d'approvisionnement..... p.167

QUEL ORGANIGRAMME DES RESSOURCES HUMAINES POUR UNE RÉPONSE CHOLÉRA ?



POSITIONNEMENT

ACF se positionnera sur le traitement médical uniquement si aucun acteur médical n'est présent ou en capacité de répondre.



OBJECTIF

Assurer une bonne organisation des ressources humaines, qui est essentielle pour une gestion optimale du personnel.



RESPONSABILITÉ

Ressources humaines – responsables de département



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

RESSOURCES HUMAINES + EAH + SANTÉ ET NUTRITION + LOGISTIQUE

QUEL TYPE DE RÉPONSES AU CHOLÉRA ET QUELLES RESSOURCES HUMAINES ?

Globalement, nous pouvons définir trois principaux éléments d'intervention dans une réponse au choléra :

- **Composante EAH** : Lié aux activités EAH. Dans cette composante, le personnel EAH est déployé dans la communauté et soutient les établissements de santé : water trucking, distribution de kits EAH, nettoyage et désinfection des ETC/UTC, etc.
- **Composante santé** : Mise en place d'établissements de santé (ETC, UTC, PRO), de la surveillance communautaire, du réseau de référencement et toutes autres activités destinées à fournir des soins de santé directs aux personnes touchées par l'épidémie ou à la surveillance épidémiologique. Le personnel de santé et d'autres personnels tels que les logisticiens, les magasiniers et autres, qui soutiennent les activités. Reportez-vous à la fiche technique 2F pour connaître les effectifs recommandés pour cette composante.
- **Interventions géographiques ciblées autour des cas (CATI)** : Des équipes d'intervention rapide (composées de personnel des deux secteurs, EAH et Santé) déployées dans les zones géographiques où la prévalence du choléra est élevée, réalisant des activités EAH (désinfection des ménages, distribution de kits EAH, etc) et santé (recherche active de cas, vaccination orale, etc.). Se référer à la fiche technique 3C pour le personnel recommandé pour cette composante.

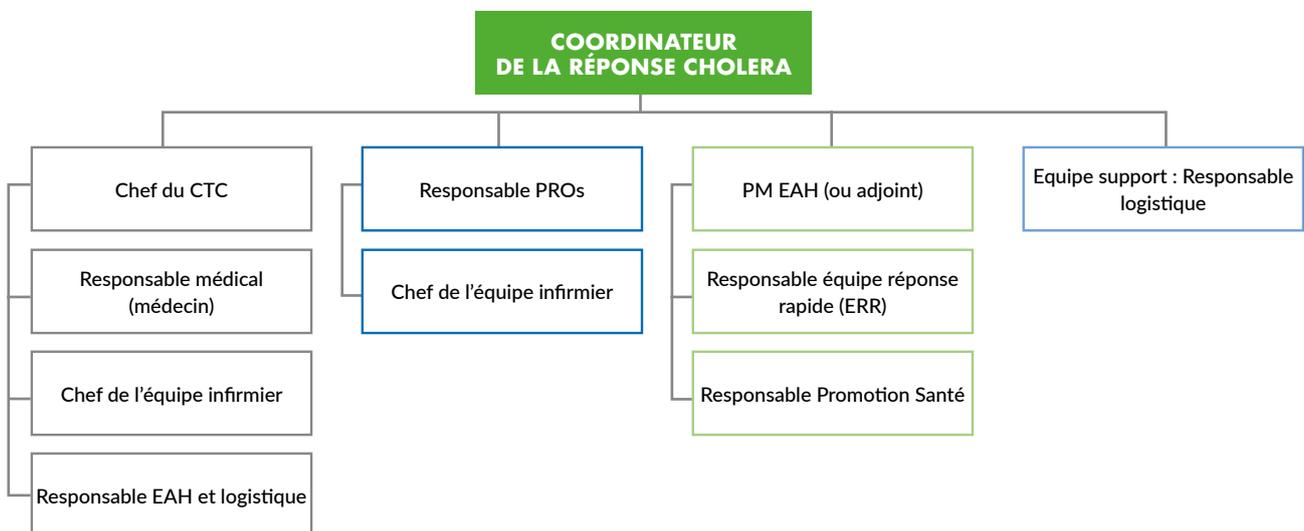
Ces composantes sont activées en fonction de la réponse. Historiquement, la plupart des réponses d'ACF comprenaient uniquement la composante EAH. Les Procédures Standard Opérationnelles expliquent comment étendre les réponses pour incorporer le CATI et la composante de gestion de cas. Les fiches techniques 2F et 3C détaillent les besoins en personnel pour les composantes individuelles. Ce briefing détaille comment ces équipes peuvent être intégrées en une seule équipe selon l'échelle de la réponse.

- **Intervention à grande échelle** : Ce sont des interventions qui englobent toutes les composantes, avec plusieurs sous-composantes fonctionnant en parallèle et ayant une importante capacité d'accueil des bénéficiaires. Par exemple, une réponse de ce type peut avoir plusieurs UTC ou PRO, et un ETC avec plus de 50-60 lits, ou encore du water trucking et des équipes de réponses rapides (ERR) développant des activités EAH dans les quartiers. Cette réponse peut également avoir plusieurs équipes de réponse rapide déployant des activités CATI dans différentes zones géographiques.
- **Intervention à petite échelle** : Interventions à capacité limitée, avec généralement peu d'options différentes, et/ou avec toutes les sous-composantes présentes. Par exemple, des activités EAH limitées et pas d'ETC (UTCs seulement) ou juste un ETC de 30-35 lits, sans ERRs travaillant dans la zone ou juste une ERR.

QUELS BESOINS ET ORGANIGRAMMES DU PERSONNEL PAR RÉPONSE ?

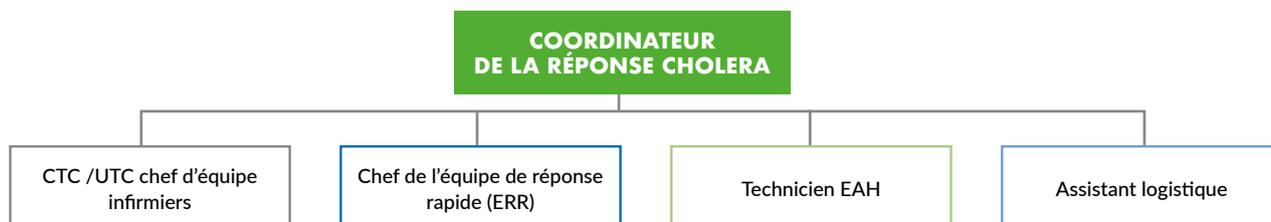
RÉPONSE GLOBALE À GRANDE ÉCHELLE (LES TROIS COMPOSANTES) :

Dans ces réponses, il est habituel d'avoir un responsable ou un superviseur pour chaque service, pour superviser le grand nombre de membres du personnel, comme par exemple, un responsable ETC, un superviseur ERR, etc. Il y a généralement un épidémiologiste chargé de la cartographie, de la préparation des bases de données et de l'organisation des statistiques des établissements de santé, qui travaille directement avec le coordinateur général. La meilleure façon d'organiser le personnel est de le diviser en équipes et d'assigner un chef d'équipe à chacune d'elles. Ensuite, le responsable du service se coordonnera avec ces chefs d'équipe, comme nous pouvons le voir dans l'organigramme ci-dessous. Par exemple, un responsable de PRO ayant de nombreux PRO à suivre peut organiser son équipe en ayant un chef d'équipe pour chaque "X" PRO, ce qui augmente la capacité à les soutenir. Dans cette situation, le coordinateur général et les responsables/managers auront une première ligne de coordination, et la seconde sera entre eux et les chefs d'équipe. Il y a également un responsable de soutien/logistique qui a un rôle transversal, fournissant une assistance à toutes les composantes de la réponse. En outre, si l'ETC compte de nombreux membres du personnel dans chaque équipe, ou s'il y a de nombreuses PRO, il sera nécessaire d'avoir un ou plusieurs chefs d'équipe pour faire le lien entre le personnel et le responsable des PRO. Un cas particulier est celui du responsable de l'ERR, qui est sous la coordination du PM adjoint EAH. En effet, il y a généralement deux ERRS ou plus qui travaillent dans des zones géographiques différentes, ce qui peut nécessiter un important travail de coordination.



RÉPONSE GLOBALE À PETITE ÉCHELLE :

En raison du nombre réduit de membres du personnel, le coordinateur général peut coordonner directement avec les chefs d'équipe, ou même directement avec les membres du personnel, et généralement les responsables ou les gestionnaires ne sont pas nécessaires. Dans cette situation, le coordinateur de l'intervention est directement chargé de la cartographie, de la préparation des bases de données et de l'organisation des statistiques des établissements de santé. Le coordinateur de l'intervention a alors une plus grande variété de rôles, assumant directement certaines responsabilités comme la coordination de la chaîne d'approvisionnement, la gestion des RH, la cartographie, la préparation des bases de données et l'organisation des statistiques des établissements de santé, etc. Dans ce type de réponse, le coordinateur de la réponse choléra gère directement tous ces services, agissant par l'intermédiaire de leurs chefs d'équipe, et dans le cas des activités EAH, par l'intermédiaire d'un technicien EAH. Un assistant logistique apporte un soutien transversal.



RÉPONSE EAH.

S'il n'y a pas de composante avec un ETC, la réponse comprendra des activités EAH et CATI. Dans ce cas, les équipes EAH ont suffisamment d'expérience pour adapter leur organigramme aux programmes normaux. **Si le projet inclut une composante CATI (fortement recommandé), identifier un superviseur santé pour les équipes de réponse rapide et un point focal pour la gestion des données épidémiologiques.**



RESSOURCES ADDITIONNELLES

- 2C ACF Cholera Operational Toolkit, Note technique 'Comment mettre en place des installations de traitement du choléra'.
- 2F ACF Cholera Operational Toolkit, Note technique 'Comment gérer les installations de traitement du choléra'.
- 3C Comment mettre en place des équipes de réponse rapide ?
- [Gestion par MSF d'une épidémie de choléra. Août 2017. Annexe 18. Descriptions de poste, ETC.](#)

NOTE D'INFORMATION SUR LA LOGISTIQUE ET LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT



POSITIONNEMENT

ACF suit des procédures professionnelles et transparentes afin d'utiliser les ressources de la manière la plus efficace possible.



OBJECTIF

Ce document ne définit pas de nouvelles procédures, mais donne quelques conseils, pour soutenir efficacement la réponse d'ACF.



RESPONSABILITÉ

Chef du Département de la Logistique



COLLABORATION INTER-SECTORIELLE

SANTÉ & NUTRITION + EAH + SMPS + LOGISTIC + RESSOURCES HUMAINES+ FINANCE

- Organiser régulièrement des réunions de coordination de la logistique et de l'approvisionnement avec tous les services concernés

INTRODUCTION

Les procédures spécifiques logistiques d'urgence n'existent pas chez ACF. Dans tous les cas, les procédures du Kit Log restent valables (chaîne d'approvisionnement, soutien logistique...), veuillez donc vous référer aux chapitres appropriés du Kit Log.

De nombreuses personnes peuvent être impliquées dans les opérations de logistique et de chaîne d'approvisionnement au sein d'une équipe d'intervention d'urgence. Le rôle de l'équipe logistique est d'apporter un soutien opérationnel aux programmes, en respectant scrupuleusement les protocoles et procédures internes et ceux des donateurs. Cela peut inclure:

- **Chaîne d'approvisionnement** : responsables de la gestion des achats, du transport, des douanes, de la livraison et de l'entreposage.
- **Équipement** : prévision des besoins, gestion, entretien et mise en œuvre des procédures de gestion de l'équipement.
- **Infrastructure**¹: conception, mise en place, gestion selon nos standards.
- **Flotte** : dimensionnement correct, anticipation, gestion, entretien et mise en œuvre de nos procédures de gestion de la flotte.

1 - Énergie, ICT, locaux

ADOPTION DE POLITIQUES ET DE PROCÉDURES DE PASSATION DE MARCHÉS EN SITUATION D'URGENCE

En situation d'urgence, des politiques et procédures de passation de marchés simplifiées pourraient être adoptées pour garantir que la passation de marchés puisse être suffisamment rapide pour répondre aux besoins d'urgence tout en assurant un niveau de redevabilité adéquat.²

Ceci peut se faire avec l'aide de votre conseiller du siège et par le biais d'une procédure de demande de dérogation³.

La dérogation (dans ce contexte) est l'annulation totale ou partielle de la procédure de passation de marché requise. Le chef de service logistique doit demander une dérogation lorsqu'il pense qu'il ne sera pas possible de respecter les procédures de passation de marchés standard d'Action contre la Faim ou une règle particulière du donneur.

Une demande de dérogation n'est pas accordée automatiquement⁴ et il est important d'examiner les règles figurant dans le contrat de chaque donneur pour choisir le bon processus. Par conséquent, afin d'éviter tout risque de refus de dérogation lors d'une intervention d'urgence, l'équipe logistique doit autant que possible anticiper ce type de requête.

Il est obligatoire de remplir la demande de dérogation interne au cas par cas, mais il n'est pas toujours nécessaire de soumettre une dérogation au(x) donneur(s) et celle-ci doit être préalablement analysée avec votre conseiller Log au siège.

Nous insistons sur le fait que le travail de préparation doit être fait avant l'urgence (accord-cadre, stock d'urgence...) et la dérogation est une option au cas où la logistique ne serait pas prête ou que certains marchés ne seraient pas couverts par l'accord-cadre.

AVANT - PLAN DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE AUX SITUATIONS D'URGENCE

Dans le cadre du plan de préparation et de réponse aux urgences (PPRU) de votre mission, vous devez analyser les divers risques possibles (plan de contingence) et recueillir les informations clés relatives au soutien logistique nécessaire. En outre, vous devez disposer de matériel pré positionné (stock de contingence de la mission, stock décentralisé, stock international d'ACF, etc.) et/ou de fournitures et fournisseurs présélectionnés (avec modèle d'accord(s) cadre(s) et de contrat(s) en cours d'exécution) prêts pour une réponse épidémique.

Veillez vous référer aux procédures opératoires normalisées 2B (Comment mettre en place des installations de traitement du choléra), 2F (Quelles ressources sont nécessaires pour les installations de traitement du choléra) et 3C (Comment mettre en place des équipes de réponse rapide), pour avoir une meilleure vue d'ensemble des besoins des programmes les premiers jours d'une épidémie. En termes de chaîne d'approvisionnement, vous devez viser à avoir une stratégie de préparation pour chaque marché des PSO. Vous pouvez discuter des différentes options de stratégie de marché avec votre conseiller Log au siège.

En plus des besoins des programmes mentionnés ci-dessus, vous devez anticiper et préparer à l'avance les besoins logistiques (installations, véhicules, informatique, télécommunications...) qui seraient nécessaires pour soutenir l'intervention d'urgence.

Enfin, vous devez participer à l'élaboration des propositions bailleurs avant et/ou pendant l'intervention en question afin de garantir que tous les aspects logistiques sont pris en compte et intégrés.

Soyez très attentifs aux exigences de stockage du chlore (voir PSO 2D - Comment préparer et stocker les solutions chlorées), à l'entretien des équipements de secours⁵, et bien sûr au suivi du stock médical.

PENDANT - SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DE LA REPONSE

Même si un suivi étroit du plan d'approvisionnement du projet avec les responsables des programmes représentera la majeure partie de la charge de travail de votre équipe de suivi, le soutien à l'infrastructure pourrait devenir très long et votre principal point d'achoppement s'il n'est pas abordé correctement dès le début.

Premièrement, en ce qui concerne l'offre logistique⁶, être efficace nécessite un calendrier. Vous pouvez voir le type d'approvisionnement que vous aurez à traiter dans les PSO 2F (Quelles ressources sont nécessaires pour les installations de traitement du choléra), 3E (Comment effectuer la désinfection à domicile), 3F (Comment réduire la transmission du choléra pendant les enterrements et les funérailles), 3G (Quelles sont les normes de l'ACF pour les kits communautaires de traitement du choléra

2 - <https://www.careemergencytoolkit.org/programme-support/16-procurement/3-enacting-emergency-procurement-policies-and-procedures/>

3 - Ou encore appelée renonciation par certains donneurs. Voir l'annexe 1

4 - Pour plus d'informations, veuillez-vous reporter à la page 33 du guide de passation des marchés du kit ACF

5 - La motopompe, le générateur, etc. ont un calendrier d'entretien approprié et être mis en marche pour test tous les 6 mois

6 - Il ne s'agit pas seulement de la passation de marchés, sur laquelle vous devez vous concentrer, mais ce type de réponse nécessite une attention particulière à la gestion du transport, de la livraison et du stockage.

Deuxièmement, en ce qui concerne les infrastructures, la conception des interventions d'urgence aura un impact énorme sur les besoins de mise en place du soutien :

- **ICT:** L'Equipe de Réponse Rapide (et, par la suite, les équipes de programme mobiles) aura besoin le plus rapidement possible de tout l'équipement nécessaire pour effectuer son évaluation (appareil mobile, SIG:⁷, installation nomade, etc.) et lancer la réponse. Veuillez vous référer au SOP 3C (Comment mettre en place des Equipes de Réponse Rapide).
- **Locaux⁸ & Energie⁹ :** En général, les deux vont ensemble. La mise en place d'installations de traitement du choléra (CTC ou UTC) nécessitera un investissement conséquent en termes de construction, de maintenance et d'alimentation électrique 24h/24 et 7j/7.
- **Gestion des déchets :** Ce type de projet nécessite des protocoles d'hygiène et de gestion des déchets très stricts. Consultez ensuite le SOP 2E (*Comment gérer les déchets dans les installations de traitement du choléra*) et le Kit log d'ACF - Ligne directrice sur la gestion des déchets dans le chapitre "Environnement ».

Troisièmement, dimensionnez votre équipe RH en conséquence afin de gérer l'augmentation de la charge de travail et d'apporter un soutien adéquat si besoin. En cas d'urgence, il est courant de spécialiser les postes (par exemple, le transport de l'eau par camion, le coordinateur du journal d'urgence) et même d'avoir un logisticien de programme dédié, en cas de volume d'activités important.

Quatrièmement, la coordination est essentielle, en interne et en externe, avec le système existant¹⁰. Grace à la coordination, nous pouvons partager des informations, des moyens et rationaliser nos efforts communs pour améliorer la qualité de notre service.

APRES - ANALYSER ET AMELIORER

Lors de la phase de fin de l'urgence, le service logistique doit participer aux trois étapes suivantes :

- **ÉTAPE 1** – Tirer les leçons apprises en interne par l'organisation d'un atelier d'équipe.
- **ÉTAPE 2** – Contribuer à la collecte et au nettoyage des données, ainsi qu'à l'interprétation des résultats de l'étude d'efficacité et d'impact. Mettre à jour la partie logistique du plan de préparation et d'intervention d'urgence de la mission en fonction des résultats de l'analyse de l'examen après action.
- **ÉTAPE 3** – Mettre à jour et/ou produire des procédures opérationnelles standard supplémentaires liées à la réponse ACF.

Pratiquement, veuillez-vous référer au chapitre "OUVERTURE/FERMETURE" du journal de bord du kit, mais gardez à l'esprit que vous devez au moins¹¹:

- Veillez à ce que tous les dossiers d'achat soient clôturés et que les fournisseurs soient payés.
- Consolider les dossiers en vue d'un éventuel audit ou d'une évaluation future.
- Gérer le stock restant conformément aux donateurs et aux politiques internes (don, transfert, stock de réserve, élimination, etc.).
- Réapprovisionner les équipements et les produits en veillant à ce que les politiques des donneurs et les politiques internes soient respectées.



RESSOURCES ADDITIONNELLES

- 2B ACF Toolkit Cholera opérationnel, Fiche technique « Comment mettre en place des établissements de traitement du choléra »
- 2D ACF Toolkit Cholera opérationnel, Fiche technique « Comment préparer et stocker des solutions chlorées à partir de différents produits? »
- 2E ACF Toolkit Cholera opérationnel, Fiche technique « Comment gérer les déchets dans les établissements de traitement du choléra? »
- 2F ACF Toolkit Cholera opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les besoins pour des établissements de traitement du choléra?
- 3C ACF Cholera Operational Toolkit, Note technique "Comment mettre en place des équipes de réponse rapide »
- 3E ACF Toolkit Cholera opérationnel, Fiche technique 'Comment désinfecter le domicile d'un cas de choléra'
- 3F ACF Toolkit Cholera opérationnel, Fiche technique 'Comment réduire la transmission du choléra lors des rituels funéraires ?'
- 3G ACF Toolkit Cholera opérationnel, Fiche technique 'Quels sont les standards ACF pour les kits communautaire de lutte contre le choléra'
- Kit log : Emergency Log-Admin Procedure
- <https://logcluster.org/>
- <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/CHOL/english/management-of-a-cholera-epidemic-23444438.html>
- Factsheet on Contingency Stock
- Emergency Preparedness and Response Plan
- International Contingency Stock
- Decentralized Stock

7 - Système d'Information Géographique

8 - SVP référez-vous à <http://www.missions-acf.org/kitlog/HTML/3.6-civilengineeringEN.html> et aux orientations de MSF lien à la fin de ce document

9 - SVP référez-vous à <http://www.missions-acf.org/kitlog/HTML/3.5-energyEN.html>

10 - Coordination dirigée par WFP si le cluster logistique est activé, plateformes sectorielles, mécanisme de coordination nationale comme Sphere en Inde, etc.

11 - Cette liste n'est pas exhaustive

ANNEXE 1 / DEMANDE DE DÉROGATION

Mission :

Référence et titre du contrat :

Code du donneur / Code du contrat :

Type de marché : Fourniture travaux Services

Produits :

DÉSIGNATION	QUANTITÉ	UNITÉ	PRIX UNITAIRE (€)	PRIX TOTAL (€)

La demande de dérogation est : Interne (procédure Action ACF) Externe (règle du donneur)

Procédure qui devrait s'appliquer :

Arguments et explications des raisons pour lesquelles cette procédure n'est pas applicable

Procédure à appliquer :

DEMANDEUR		VALIDATION
Référent Logistique (Champ)	Directeur Pays	HQ
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Signature :	Signature :

**FOR FOOD.
FOR WATER.
FOR HEALTH.
FOR NUTRITION.
FOR KNOWLEDGE.
FOR CHILDREN.
FOR COMMUNITIES.
FOR EVERYONE.
FOR GOOD.
FOR ACTION.
AGAINST HUNGER.**



**ACTION
AGAINST
HUNGER**

CANADA

Action contre la Faim
720 Bathurst St. - Suite 500
Toronto, ON - M5S 2R4
www.actioncontrelafaim.ca

FRANCE

Action contre la Faim
102 rue de Paris
93100 Montreuil
www.actioncontrelafaim.org

SPAIN

Acción Contra el Hambre
C/ Duque de Sevilla, 3
28002 Madrid
www.accioncontraelhambre.org

UNITED KINGDOM

Action Against Hunger
First Floor,
Rear Premises, 161-163
Greenwich High Road,
London, SE10 8JA
www.actionagainsthunger.org.uk

UNITED STATES

Action Against Hunger
One Whitehall Street 2F
New York,
NY 10004
www.actionagainsthunger.org



E.G. OCTOBER 2022

OPERATIONAL CHOLERA TOOLKIT