

# DIRECTIVES RELATIVES AUX ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA



## PRÉPARATION, PRÉVENTION ET LUTTE

Elizabeth Lamond et Jeseo Kinyanjui  
Juin 2012



**OXFAM**

## Table des matières

<b>PRÉFACE</b> .....	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>5</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
1.1 Présentation générale .....	7
1.2 Le choléra et ses modes de transmission .....	7
1.3 Facteurs de risque.....	9
<b>2. (NOUVELLES) ÉPIDÉMIES DANS DES PAYS NON ENDÉMIQUES</b> .....	<b>12</b>
2.1 Réponse à une épidémie dans un pays non endémique.....	12
<b>3. PHASE PRÉ-ÉPIDÉMIQUE</b> .....	<b>15</b>
3.1 Préparation au choléra et plans d'action (pays endémiques) .....	15
3.2 Principales composantes d'un programme de préparation adapté pour lutter contre le choléra.....	15
<b>4. TRANSITION DE LA PHASE DE PRÉPARATION À UNE INTERVENTION CIBLÉE</b> .....	<b>22</b>
4.1 Éléments déclencheurs signalant les prémices d'une épidémie de choléra .....	22
4.2 Évaluation initiale et analyse d'une épidémie.....	23
4.3 Interprétation rapide des données initiales.....	24
<b>5. INTERVENTION</b> .....	<b>27</b>
5.1 Identification des zones à haut risque.....	27
5.2 Lutte contre la propagation de l'épidémie .....	28
5.3 Améliorer la quantité et la qualité de l'eau .....	29
5.4 Formation de la communauté aux mesures d'hygiène concernant le choléra .....	31
5.5 Hygiène publique.....	34
5.6 Inhumation des défunts .....	35
5.7 Activités sur les marchés et autres points de rassemblement.....	35
<b>6. ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ</b> .....	<b>37</b>
6.1 Large diffusion de votre message.....	37
<b>7. SUIVI</b> .....	<b>39</b>
7.1 Suivi des activités du programme .....	39
7.2 Cadre de suivi .....	39
<b>8. COORDINATION</b> .....	<b>41</b>
8.1 Comités de coordination nationaux et sur le terrain .....	41
<b>9. RETRAIT DU PROGRAMME</b> .....	<b>43</b>
9.1 Associer la lutte contre le choléra aux programmes nationaux .....	43
9.2 Développer des programmes de préparation au choléra pour les prochaines épidémies.....	43
9.3 Renforcer la capacité locale à s'approprier la gestion des activités de santé publique.....	44
9.4 Encourager les ministères concernés à améliorer la qualité de l'eau et de l'assainissement .....	44
<b>10. RESSOURCES</b> .....	<b>45</b>
Ressource 10.1 : Exemple de recrutement d'une équipe chargée de la lutte contre le choléra .....	45
Ressource 10.2 : Exemples de profils de poste pour le personnel de santé publique en matière de choléra.....	47
Ressource 10.3 : Exemple de stratégie modifiée sur le choléra : Haïti, décembre 2010 .....	51
Ressource 10.4 : Coûts et quantités de kits de prévention du choléra .....	58
Ressource 10.5 : Carte illustrant les pays du monde où le choléra est endémique....	59
Ressource 10.6 : Liste de contrôle à destination des responsables du programme en cas d'épidémie de choléra .....	60

Ressource 10.7 : Exemple de plan d'action pour la préparation au choléra d'Oxfam GB.....	62
Ressource 10.8 : Exemples de supports pour l'éducation et l'implication de la communauté .....	66
Ressource 10.9 : Kit WASH d'Oxfam GB pour les CTC et les PRO.....	77
Ressource 10.10 : Directives relatives à l'hygiène, à l'assainissement et à l'isolement dans les CTC.....	79
Ressource 10.11 : Directives pour la mise en place de PRO.....	85
Ressource 10.12 : Directives sur la chloration des seaux.....	88
Ressource 10.13 : Traitement de l'eau à haute turbidité .....	91
Ressource 10.14 : Instructions pour la gestion des diarrhées à l'aide de SRO .....	92
Ressource 10.15 : Gestion des diarrhées avec des SSS artisanales.....	94
Ressource 10.16 : Exemple de cadre logique pour la prévention et la lutte contre le choléra : Somaliland.....	95
Ressource 10.17 : Fiches de suivi de terrain propres au choléra.....	101
Ressource 10.18 : Enquêtes et tableaux de classification pour l'enquête sanitaire sur les installations d'eau .....	110
Ressource 10.19 : Exemple de synthèse et de cartographie des données .....	114
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>117</b>

### Liste des figures

Figure 1 : Exemple de courbe du choléra décrivant les objectifs clés du programme ....	11
Figure 2 : Exemple d'organigramme à Cap-Haïtien, Haïti, 2010.....	45
Figure 3 : Agencement simple d'un petit centre de santé .....	84
Figure 4 : Exemple de relevés de niveaux de chlore au niveau des foyers pour le Secteur 1B .....	115
Figure 5 : Cas de choléra par sexe dans le camp de réfugiés International Rescue Committee de Kiryandongo, en Ouganda.....	116

### Liste des encadrés

Encadré 1 : Transmission du choléra par voie fécale-orale .....	8
Encadré 2 : Points clés sur le choléra.....	10
Encadré 3 : Contenu du kit de prévention du choléra .....	17
Encadré 4 : Définitions de cas de choléra actuellement utilisés sur le terrain .....	23
Encadré 5 : Schémas épidémiques .....	26
Encadré 6 : Importance de la distribution continue de kits de prévention du choléra, Haïti, 2010.....	29
Encadré 7 : Messages relatifs à l'hygiène concernant la chloration .....	30
Encadré 8 : Exemple de formation de la communauté aux mesures d'hygiène dans la région d'Oromia, en Éthiopie .....	31
Encadré 9 : Quatre messages clés relatifs à l'hygiène pour les communautés.....	33
Encadré 10 : Deux messages supplémentaires relatifs à l'hygiène.....	34
Encadré 11 : Prévenir les transmissions lors des funérailles .....	36
Encadré 12 : Utiliser les écoles pour communiquer des messages sur le choléra dans la région d'Oromia en Éthiopie .....	38
Encadré 13 : Cahier des charges – Coordinateur PHE/PHP au sein de l'équipe chargée de la lutte contre le choléra .....	47
Encadré 14 : Cahier des charges – Chef d'équipe des PHE chargés de la lutte contre le choléra .....	48
Encadré 15 : Cahier des charges – Chef d'équipe des PHP chargés de la lutte contre le choléra .....	49
Encadré 16 : Points de réhydratation orale (PRO).....	78

**Liste des fiches**

Fiche 1 : Mini-enquête sur le choléra concernant les données de référence sur les connaissances, les attitudes et les pratiques.....	101
Fiche 2 : Suivi mensuel de la PHP dans les foyers.....	105
Fiche 3 : Après la distribution de kits de prévention du choléra et de chloration de l'eau : suivi des foyers .....	106
Fiche n° 4 : Utilisation des latrines – Au niveau du foyer .....	108
Fiche 5: Fiche de suivi du chlore résiduel libre .....	109
Fiche 6: Enquête sanitaire sur les puits ouverts .....	110
Fiche 7 : Enquête sanitaire sur les puits de forage avec réservoir de stockage, réseau de tuyaux et borne-fontaine.....	113

## **Préface**

Ces directives ont été développées par Oxfam GB pour être à l'origine utilisées comme ressources internes. Nous les partageons maintenant comme publication pilote avec des publics externes, et nous invitons les utilisateurs à nous faire parvenir leurs avis et commentaires, dont nous tiendrons compte pour les prochaines versions. Veuillez envoyer tout commentaire, toute suggestion ou correction à [policyandpractice@oxfam.org.uk](mailto:policyandpractice@oxfam.org.uk).

## **Remerciements**

Ces directives relatives au choléra n'auraient pas pu être compilées sans l'aide du département humanitaire (HD). Les auteurs remercient Marion O'Reilly, Andy Bastable et Foyeke Tolani pour leur aide précieuse tout au long de ce projet. Elles remercient également tous les autres conseillers en matière de santé publique du HD, sans oublier Sarah House et Pr. Sandy Cairncross de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Merci enfin à Suzanne Ferron et Abigail Laing pour leurs corrections, et à Anna Coryndon, Tom Fuller et Claire Harvey pour leur gestion de la production et de la publication.

Tous les exemples utilisés dans les présentes directives sont empruntés aux programmes de lutte contre le choléra d'Oxfam en Éthiopie, au Soudan, en Somalie, en Haïti, au Zimbabwe et dans la République démocratique du Congo. Les auteurs remercient toutes les équipes qui ont participé à ces programmes et partagé leur expérience très précieuse pour la rédaction des présentes directives.

---

## Abréviations

<b>DAA</b>	Diarrhée aqueuse aiguë
<b>CC</b>	Comités communautaires
<b>TL</b>	Taux de létalité
<b>CTC</b>	Centre de traitement du choléra
<b>UTC</b>	Unités de traitement du choléra
<b>DPD</b>	Diéthyl-p-phénylènediamine
<b>RRC</b>	Réduction des risques de catastrophes
<b>CRL</b>	Chlore résiduel libre
<b>HTH</b>	Solution concentrée d'hypochlorite (hypochlorite de calcium)
<b>PDI</b>	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays
<b>IEC</b>	Information, éducation et communication
<b>IPHD</b>	(Oxfam GB) Integrated Public Health Database (banque de données intégrée en santé publique)
<b>UTN</b>	Unité de turbidité néphélométrique
<b>PRO</b>	Points de réhydratation orale
<b>SRO</b>	Solution de réhydratation orale
<b>PHE</b>	Ingénieur en santé publique
<b>PHP</b>	Promoteurs en santé publique
<b>SSS</b>	Solution salée-sucrée
<b>GDS</b>	Gestion des déchets solides
<b>WASH</b>	Eau, assainissement et hygiène

# **1. Introduction**

## **1.1 Présentation générale**

Ce guide pratique compile les enseignements tirés de précédentes interventions d'Oxfam en matière de prévention et de lutte contre le choléra et apporte d'autres conseils connexes.

Il doit servir de guide pas-à-pas rapide à utiliser lors des interventions en cas d'épidémie de choléra et doit contribuer à définir des programmes de santé publique rapides, communautaires, bien adaptés et sensibles aux questions de diversité et d'inégalités hommes/femmes. Les directives fournies ici ne se veulent pas exhaustives. Elles ont été rédigées afin d'être utilisées conjointement aux directives de santé publique existantes des clusters Oxfam et WASH (eau, assainissement et hygiène).

Ces directives permettront aux responsables des programmes et aux équipes de santé publique de se préparer comme il se doit pour prévenir toute épidémie de choléra ou réagir efficacement en cas d'épidémie déclarée. Elles ont été rédigées spécifiquement pour suivre la courbe de l'épidémie de choléra, décrivant les principales activités associées à chaque phase critique avant, pendant et après l'épidémie. Elles peuvent en outre être adaptées à d'autres épidémies associées à des problèmes d'eau et d'assainissement comme la typhoïde, l'hépatite E et la dysenterie, ainsi que d'autres maladies diarrhéiques associées aux problématiques WASH.

Ce guide se divise en deux parties. La première partie explique comment concevoir des programmes de santé publique progressifs en matière de préparation et de réponse aux épidémies de choléra. La seconde partie se compose d'annexes décrivant les outils pratiques pour l'évaluation et le suivi de la maladie. Elle fournit en outre des exemples de plans mis en œuvre lors de précédentes interventions d'Oxfam GB. Les caractéristiques importantes des différents types d'épidémies (en milieu urbain, en milieu rural avec des populations dispersées, dans des camps ou en cas d'inondation) sont présentées.

## **1.2 Le choléra et ses modes de transmission**

Le choléra est une maladie diarrhéique provoquée par une infection bactérienne des intestins. La bactérie responsable de cette maladie est la *Vibrio cholerae*. Elle peut être de type O1 ou O139, et peut infecter les adultes comme les enfants.

Seulement 20 % des personnes infectées développent une diarrhée aqueuse aiguë (DAA), et parmi ces personnes, entre 10 et 20 % développent des diarrhées aqueuses sévères accompagnées de vomissements. Si celles-ci ne sont pas prises en charge rapidement avec un traitement adapté, la perte importante de liquide et de sels minéraux au cours des épisodes de diarrhée et de vomissements peut engendrer une déshydratation critique pouvant entraîner la mort en quelques heures seulement. Sans traitement, le taux de létalité (TL) est compris entre 30 et 50 %.

Les symptômes types du choléra sont les suivants : épisode soudain de selles liquides abondantes et indolores, présentant parfois un aspect « d'eau de riz », souvent accompagné de vomissements. La déshydratation survient dans les 12 à 24 heures. Les premières 24 heures de la maladie sont les plus délicates, car à défaut de réhydratation, le malade peut succomber.

---

En général, le choléra se transmet par contact ou par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par des matières fécales. Cette maladie sévit toujours dans de nombreux pays. De nouveaux épisodes peuvent se déclarer de façon sporadique dans des lieux où l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la sécurité alimentaire et l'hygiène sont inadéquats. Les communautés fortement peuplées, les populations déplacées et les réfugiés vivant dans des camps sont les plus exposés en raison d'un réseau d'assainissement déplorable, d'eaux impropres à la consommation et du nombre accru de contacts de personne à personne. La période d'incubation étant très courte (entre deux heures et cinq jours), les cas peuvent se multiplier très rapidement (voir l'[Encadré 1](#) et l'[Encadré 2](#)).

Le traitement consiste essentiellement en une réhydratation et doit permettre de maintenir le TL en dessous de 1 %. Pour les cas sévères, un antibiotique efficace peut être prescrit pour réduire le volume et la durée des diarrhées, ainsi que la durée de l'excrétion bactérienne. Des vaccins sont disponibles et protègent contre le choléra de type O1. Il convient toutefois d'insister sur la promotion de la santé publique, la prévention passant par la consommation d'eau salubre et d'aliments sains, et l'assainissement environnemental.

Le choléra n'entraîne pas seulement des problèmes de santé : il affecte également l'économie et les moyens de subsistance. Il implique en effet des coûts directement induits par les soins préventifs et curatifs, ainsi que des coûts indirects tels que les pertes de production et les éventuels embargos sur les activités commerciales et touristiques.<sup>1</sup>

#### **Encadré 1 : Transmission du choléra par voie fécale-orale**

**Eau et/ou aliments contaminés :** bien que les produits de la mer aient été incriminés par le passé, les cas restent moins fréquents qu'avec des aliments crus/pas assez cuits.

**Transmission de personne à personne :** mode d'infection le plus courant, principalement par un contact direct avec des mains contaminées.

**Liquides organiques provenant des dépouilles des patients décédés du choléra :** les contacts physiques lors des cérémonies funéraires sont également un important vecteur d'infection.

**Centres de traitement du choléra :** peuvent se transformer en sources de contamination si les mesures d'hygiène/assainissement et d'isolement ne sont pas adaptées.

---

<sup>1</sup> D'après les recherches menées sur les interdictions passées, lors des forts épisodes de choléra de 1991 et 1998, il apparaît peu probable que de telles interdictions soient décrétées tant que les mesures d'hygiène convenues sont mises en place). L'Afrique du Sud, par exemple, a également fait face à une épidémie majeure, mais n'a pas connu d'interdiction sur le tourisme et le commerce (House 2008).



## 1.3 Facteurs de risque

- a) **Environnement social et économique difficile et conditions de vie instables** associés aux problèmes suivants :
- approvisionnement insuffisant en eau (quantité et qualité) ;
  - pratiques d'hygiène et d'assainissement insuffisantes ;
  - forte densité de population : les camps de réfugiés/personnes déplacées internes (PDI) et les populations des bidonvilles sont très vulnérables ;
  - vulnérabilité : les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes dont le système immunitaire est affaibli (par ex., les malades du SIDA/VIH) sont les plus exposés.
- b) **Conditions et maladies sous-jacentes** : susceptibles d'accroître la prédisposition au choléra, comme la malnutrition et les maladies chroniques telles que la tuberculose et le SIDA.
- c) **Sexe** : les femmes sont plus exposées que les hommes, car ce sont elles qui s'occupent le plus souvent des malades dans le foyer et elles ne connaissent pas nécessairement les précautions à prendre pour éviter la transmission.
- d) **Facteurs environnementaux et saisonniers** : les épidémies de choléra ont tendance à se déclarer à la fin de la saison sèche ou au début de la saison des pluies, lorsque l'approvisionnement en eau se raréfie et que l'eau devient saumâtre et/ou très polluée. La réduction des ressources en eau contraint souvent la population à se concentrer autour d'un nombre plus restreint de sources d'approvisionnement, ce qui accroît le risque de contamination et de transmission. De fortes pluies peuvent également déclencher une épidémie de choléra. En effet, de l'eau contaminée issue des réseaux d'assainissement, des latrines et des fosses septiques saturés peut venir contaminer les puits de surface, les canalisations percées et d'autres sources d'approvisionnement non protégées.

## **Encadré 2 : Points clés sur le choléra**

### **Incubation**

La durée d'incubation s'étend de quelques heures à 5 jours. Elle est en général comprise entre 2 et 3 jours.

### **Période de contagion**

Les personnes infectées (présentant ou non des symptômes) peuvent être porteuses de la bactérie et la transmettre pendant 1 à 4 semaines ; on note également de rares cas de porteurs sains pendant plusieurs mois.

### **Caractéristiques**

- Le choléra est une maladie très contagieuse qui se transmet facilement. Les communautés dont les membres se rassemblent, se dispersent ou se déplacent beaucoup peuvent amener la bactérie ou contaminer de nouvelles zones très rapidement.
- Le choléra (sous toutes ses formes) se caractérise par une diarrhée aqueuse aiguë et des vomissements.
- La déshydratation survient très rapidement et peut entraîner la mort en l'absence de traitement immédiat.
- Les conditions économiques et sociales médiocres sont autant de facteurs de risque d'épidémie de choléra.
- Les déplacements de population et les camps de réfugiés sont des situations à haut risque.

**Source : Adapté de Bauernfeind et al. (2004)**

Figure 1 : Exemple de courbe du choléra décrivant les objectifs clés du programme

**Phase pré-épidémique/  
endémique 1**

Réservoir du choléra présent  
Quelques cas  
sporadiques/constants

**Objectifs clés du  
programme** : préparation et  
mesures préventives

**Phase de propagation de  
l'épidémie**

Cas sur la courbe ascendante  
**Objectif immédiat** : réduction du  
taux de létalité

**Objectifs clés du programme** :  
contenir l'épidémie dans les zones  
actives et mener des actions  
préventives dans les zones à risque  
mais non affectées

**Phase de recul de l'épidémie**

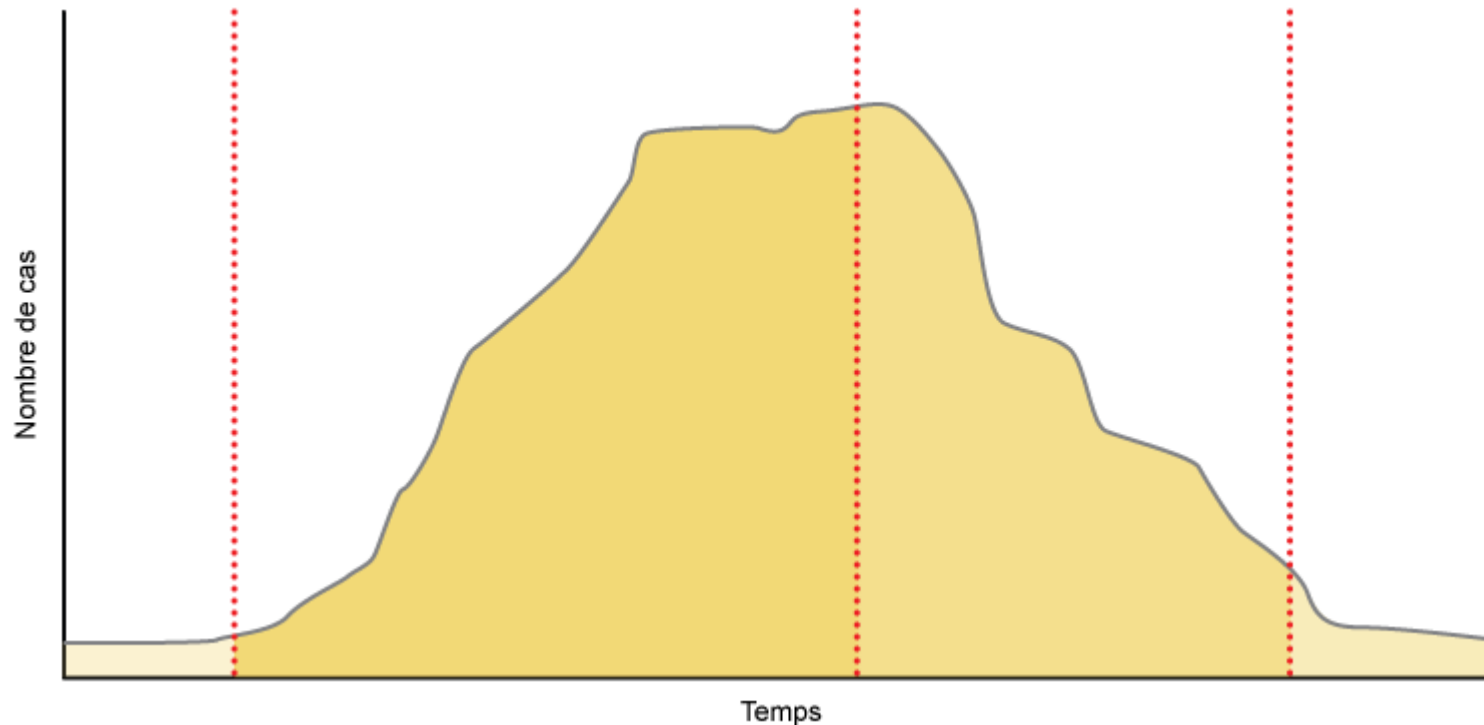
Cas sur la courbe descendante  
**Objectif immédiat** : diminution  
du taux d'attaque

**Objectifs clés du  
programme** : activités  
d'éducation de la communauté,  
de rétablissement et de  
réhabilitation

**Phase post-épidémique/endémique 2**

Niveaux supérieurs à la phase  
endémique 1 à cause de la transmission de  
personne à personne

**Objectif immédiat** : inverser la tendance  
pour retrouver les niveaux pré-épidémiques  
**Objectifs clés du programme** : activités  
d'éducation de la communauté, de  
rétablissement et de réhabilitation



## **2. (Nouvelles) épidémies dans des pays non endémiques**

Dernièrement, des épidémies de choléra se sont déclarées dans des pays sans précédent épidémique, comme en Haïti en octobre 2010. Aucun cas de choléra n'avait été enregistré en Haïti depuis 1910, si bien que le pays n'était pas considéré comme présentant un risque épidémique élevé. Les épidémies frappant les pays non endémiques tendent à être plus explosives, avec un fort taux de létalité dû au manque de résilience et de connaissances de la communauté en matière de mesures de prévention.

Lorsqu'une épidémie de choléra se déclare dans un nouveau pays, les ministères concernés (Santé, Eau et Éducation) ne sont pas préparés et ne savent pas comment gérer la situation. Ce manque de préparation s'étend à de nombreuses autres organisations, notamment les organes des Nations Unies et les ONG, ce qui complique la lutte contre la maladie lors des phases initiales de l'épidémie. Cette section présente les mesures de base à mettre en place dès qu'une épidémie se déclare dans un pays non endémique.

### **2.1 Réponse à une épidémie dans un pays non endémique**

À partir du moment où Oxfam GB a décidé de répondre à une nouvelle épidémie de choléra, les actions suivantes doivent être menées au plus vite :

a) **Déployer un personnel qualifié en matière de choléra pour initier les premières actions**

La situation en Haïti a permis de tirer divers enseignements, révélant notamment que peu de responsables des programmes d'urgence ou d'agents de santé publique avaient une expérience immédiate en matière de lancement et de gestion des actions à mettre en place pour répondre à une épidémie de choléra. Par conséquent, si la situation le permet, au moins un agent de santé publique expérimenté en matière de choléra doit être dépêché au cours des premiers mois de l'épidémie. Cela permettra de réduire le temps requis pour définir une stratégie claire et constituera un atout précieux pour Oxfam GB pour orienter la coordination nationale et façonner une stratégie nationale de prévention du choléra lors des réunions de coordination WASH.

b) **Dresser un premier organigramme et un plan de recrutement de ressources humaines** (dont une équipe de lutte contre le choléra, si la situation le requiert)

Une épidémie de choléra appelle des actions immédiates. Dans de nombreux cas, cela est uniquement possible si un personnel suffisant peut être déployé rapidement sur le terrain pour répondre aux besoins les plus urgents. Comme c'est le cas dans de nombreuses situations d'urgence soudaines, le recrutement d'hommes et de femmes qualifiés prend du temps. Souvent, les généralistes se retrouvent à gérer des cas qui requièrent un ensemble de compétences spécifiques. Il est indispensable de bien évaluer cet ensemble de compétences, ainsi que le nombre réel de personnes à disposition. Un programme de RH adapté doit également être mis en œuvre au plus tôt. Ces actions permettront d'alléger la charge et les frustrations supportées par les équipes nationales auxquelles a été confiée la gestion de la nouvelle épidémie.

Il est également important de disposer d'un grand nombre de promoteurs en santé publique (PHP) au cours des premières semaines d'intervention. Chaque fois que la situation le permet, des hommes et des femmes doivent être recrutés en nombre égal pour veiller à cibler efficacement les femmes de la communauté. Les programmes de

lutte contre le choléra portent pour la plupart sur la sensibilisation et la distribution de produits essentiels non alimentaires, activités mobilisant une main-d'œuvre importante. Au besoin, le nombre de PHP peut facilement être réduit au fil de l'évolution du programme afin de se conformer davantage aux politiques de recrutement d'Oxfam GB.

Il est essentiel d'affecter une petite équipe exclusivement à la distribution générale de kits de prévention de base du choléra. Ces personnes permettront aux principales équipes de PHP de se concentrer sur la sélection et la formation de pairs éducateurs (hommes et femmes de la communauté), de créer des liens et de former les travailleurs de proximité du ministère de la Santé et d'initier rapidement des campagnes médiatiques d'envergure.

La [Ressource 10.1](#) présente un exemple d'organigramme, adapté depuis son utilisation initiale en Haïti en 2010. Des exemples de cahier des charges à destination du personnel de santé publique sont fournis dans la [Ressource 10.2](#).

**c) Définir une stratégie de base pour lutter contre le choléra**

Il est important de définir une stratégie claire et efficace dans les instants qui suivent la décision d'intervenir. Cette stratégie doit être envoyée à l'ensemble du personnel impliqué dans la lutte contre l'épidémie. Elle doit clarifier ce qu'Oxfam GB va faire et ne pas faire pour réduire et lutter contre l'épidémie de choléra dans ses zones d'intervention. Cette stratégie doit être concise et évolutive pour s'adapter aux évolutions de l'épidémie en cours.

La [Ressource 10.3](#) est une version modifiée de la stratégie de lutte contre le choléra en Haïti.

**d) Débloquent des fonds immédiats pour se procurer des produits vitaux et mobiliser du personnel supplémentaire**

Tous les programmes de lutte contre le choléra sont onéreux. Il est par conséquent indispensable de débloquent des fonds immédiatement disponibles pour se procurer des produits vitaux tels que des sachets de traitement de l'eau pour une utilisation domestique, des solutions de réhydratation orale (SRO) et des produits pour les coins/points de réhydratation orale (PRO), pour imprimer des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) et pour diffuser des messages forts en matière d'hygiène à la radio et dans les médias de masse.

Au cours de l'épidémie en Haïti, la distribution mensuelle de kits de prévention du choléra a constitué l'une des actions les plus efficaces dans la lutte contre le choléra. Il convient de prévoir une certaine souplesse quant au nombre de mois pendant lesquels ce type de distribution doit être assuré. En Haïti, les distributions mensuelles se sont étendues sur trois à cinq mois, en fonction de l'analyse des statistiques sur le choléra dans chaque province. Il est recommandé de budgétiser **au minimum** trois distributions mensuelles pour toute épidémie, surtout dans les pays non endémiques.

En Haïti, le kit de prévention du choléra (prévu pour une famille de cinq personnes) comprenait une portion de savon pour les mains pour un mois, un nombre suffisant de sachets de chlore pour traiter jusqu'à 40 litres d'eau de boisson, ainsi que deux sachets de SRO. La [Ressource 10.4](#) fournit un exemple de kit de base de prévention du choléra avec les quantités et les coûts correspondants.

---

Attention : les sachets de SRO doivent uniquement être fournis au cours de la distribution du premier mois, car la distribution de solutions de réhydratation est plus rentable par le biais des PRO locaux. La provision de SRO le premier mois est destinée à laisser aux ESP le temps de mettre en place l'approvisionnement et de créer les PRO.

e) **Si l'épidémie de choléra est sans précédent, prévoir un programme sur six mois**

Une intervention de six mois est primordiale si aucun programme de santé publique d'Oxfam GB n'est en cours ou n'a encore été mis en place dans les zones infectées par le choléra. Pour plus d'informations, voir la [Section 6](#) et la [Ressource 10.6](#).

## **3. Phase pré-épidémique**

### **3.1 Préparation au choléra et plans d'action (pays endémiques)**

Lors de récentes interventions menées en réponse à des épidémies de choléra, il a été observé que la plupart des interventions ont suivi une approche réactive à la prévention et à la lutte contre le choléra. Souvent, les interventions non coordonnées ou non centrées sur une approche multisectorielle ne permettent pas d'empêcher la survenue ou la répétition des épidémies, entraînant de forts taux de morbidité et de mortalité.

Pour garantir une approche plus proactive des actions de lutte contre le choléra, ces directives précisent que dans les pays où l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que le choléra est endémique, les programmes d'Oxfam GB **doivent** proposer des mesures « actives » de préparation et de mise en œuvre d'actions de lutte contre le choléra.

On parle de « choléra endémique » lorsque la bactérie du choléra existe dans l'environnement et que l'infection est continue et durable au sein de la population. L'OMS part généralement du principe suivant : si une nouvelle épidémie se déclare dans un pays et qu'elle se poursuit sans interruption pendant plus d'une année, alors ce pays est classé comme « endémique » pour le choléra. Une carte détaillant les pays où le choléra est endémique est fournie dans la [Ressource 10.5](#).

Les programmes de préparation au choléra doivent orienter les personnels administratif et technique quant à leurs rôles et responsabilités. Ils doivent également définir les actions à entreprendre avant la saison des épidémies afin de prévenir au maximum la contamination et les décès en cas d'épidémie. Dans les pays où le choléra n'est pas endémique, un programme de préparation doit également être mis en place vers la fin de la première intervention contre l'épidémie.

Un programme de préparation adapté doit définir des projets pour mettre en œuvre des actions de prévention d'envergure au moins deux mois avant la saison présumée propice au choléra. Un exemple d'un tel programme (déployé au Darfour) est donné dans la [Ressource 10.7](#).

### **3.2 Principales composantes d'un programme de préparation adapté pour lutter contre le choléra**

#### **a) Impliquer les parties prenantes**

- Il faut impliquer les principales parties prenantes, notamment le ministère de la Santé, les organes des Nations Unies (UNICEF, OMS), les organisations donatrices, les organisations de mise en œuvre et, si possible, les leaders des communautés (hommes et femmes) dans la réalisation de tout programme approuvé de préparation, de prévention et de lutte contre le choléra. Pour cela, il est possible de passer par des forums existants comme les réunions de coordination WASH. Si les structures de coordination adaptées pour la lutte contre le choléra n'existent pas, Oxfam GB doit convaincre les acteurs de les créer et, au besoin, mener ce processus en coordination avec l'État et les parties prenantes des Nations Unies.

- Utilisez le programme de préparation pour cartographier les zones fortement infectées et définir les principales actions à entreprendre. Ces actions peuvent s'inspirer des enseignements tirés de précédentes épidémies de choléra. Il convient de prévoir un programme de mise en œuvre précisant le rôle et la zone d'intervention de chacun, désignant une organisation directrice et approuvant les mécanismes de reporting et de suivi. Ce programme doit également identifier les ressources requises et les carences de financement, qui feront ensuite l'objet de discussions avec les donateurs.
- En milieu urbain, il est important de se rapprocher des autorités municipales et de tenir compte des arrêtés en vigueur. Cela peut passer par des échanges sur la façon dont certains arrêtés seront appliqués au cours d'une épidémie, comme l'interdiction de creuser des latrines en milieu urbain.

### **b) Comprendre les sources de la contamination et les facteurs qui l'accélèrent (dans les pays endémiques et non endémiques)**

- Basez-vous sur des données objectives pour vous assurer que les décisions reposent sur des preuves spécifiques. Au cours de la phase de préparation, les principaux défis consistent à obtenir des données de surveillance fiables, à susciter l'adhésion des politiques et à s'assurer que la communauté est impliquée dans les approches de prévention du choléra et de réponse aux épidémies.
- Justifiez les étapes planifiées en matière de prévention ou de lutte en vous basant sur des preuves. Les coordinateurs et les agents de santé publique doivent identifier le point d'entrée du choléra dans un contexte donné, connaître les principaux modes de transmission lorsque l'épidémie est déclarée et évaluer l'efficacité des précédentes actions de prévention/lutte contre le choléra. Cela permet au groupe en charge de la coordination sur le choléra de promouvoir les approches les plus pertinentes.
- Pour parvenir à ce niveau de compréhension, accordez-vous sur des mécanismes de collecte et d'analyse de données ventilées par sexe et classe d'âge, avec la cartographie des cas de choléra (emplacement et pratiques de santé publique) et une cartographie environnementale de l'épidémie.

### **c) Identifier, commander et mettre en place le stock d'urgence essentiel**

- Commandez des produits essentiels (chlore, savon, jerricans d'eau, SRO, pastilles de purification de l'eau, etc.) pour créer un stock supérieur d'au moins 10 % à celui permettant de répondre aux besoins généraux en temps normal, puis déployez ces produits dans les zones identifiées dans le cadre du programme de préparation.
- Vérifiez le solde des stocks de produits essentiels et commandez pour combler les carences (ce solde doit inclure les produits mis à disposition par le ministère de la Santé et d'autres organisations comme l'UNICEF).
- Répartissez ces produits essentiels dans ou à proximité des zones en général fortement infectées afin de garantir un déploiement rapide. Il s'agit des produits suivants :
  - kits de prévention du choléra (voir [Encadré 3](#)) ;
  - sachets de SRO supplémentaires : au moins 400 sachets par mois pour chaque PRO ;
  - pastilles Aquatabs et savons supplémentaires pour les PRO ;
  - équipement WASH :
    - matériaux pour latrines d'urgence (au besoin) ;



- matériaux pour latrines des centres de traitement du choléra (CTC) ;
  - stations pour se laver les mains ;
  - chlorure de chaux ;
  - granulés de chlore HTH (hypochlorite de calcium concentré) ;
  - stock abondant de seringues de 2 ml (pour la chloration des points d'eau) ;
  - jerricans (pour stocker la solution de base à 1 % aux fins de chloration des points d'eau) ;
  - pastilles combinées chlore/traitement de l'eau (PUR) ;
  - testeurs pour bassin ;
  - boîtes de pastilles de diéthyl-p-phénylènediamine (DPD) n° 1 ;
  - consommables DelAgua ;
  - gants jetables en plastique et tabliers en plastique pour les activités de chloration des points d'eau ;
  - masques, gants en caoutchouc industriel/de grande qualité et tabliers jetables en plastique pour préparer la solution de base (1 %) aux fins de chloration des points d'eau ;
  - jerricans pour la distribution dans les foyers (un jerrican pour quatre foyers) ;
  - produits supplémentaires pour les PRO carafe d'1 l, cuillères et jerricans de 20 l ;
  - outils de gestion des déchets solides (le cas échéant) ;
  - posters et brochures d'IEC sur le choléra, testés au préalable.
- Anticipez le mode de distribution de ces produits. Dans l'absolu, les produits destinés aux foyers doivent être remis à la personne qui s'occupe des soins (généralement une femme). Des consignes d'utilisation doivent également être fournies sur les produits méconnus. Le processus de planification doit également inclure les stratégies de suivi post-distribution et de compilation des réactions des bénéficiaires (hommes et femmes).

### **Encadré 3 : Contenu du kit de prévention du choléra**

- Brochures indiquant la quantité exacte d'Aquatabs à ajouter à un volume de 20 l d'eau (voir ci-dessous)
- 250 g de savon pour les mains par personne et par mois (sur la base de 5 personnes par foyer = 1,25 kg de savon pour les mains)
- 2 sachets de SRO
- Une quantité suffisante de produits de traitement de l'eau pour obtenir au minimum 40 l d'eau potable par famille et par jour. Voici les différentes concentrations des pastilles Aquatabs fournies par Oxfam GB :

**17 mg/l** = 240 pastilles (24 tablettes pour un mois) = **4 pastilles/20 litres**

**33 mg/l** = 120 pastilles (12 tablettes pour un mois) = **2 pastilles/20 litres**

**67 mg/l** = 60 pastilles (6 tablettes pour un mois) = **1 pastille/20 litres**

#### **d) Sensibilisation**

- Pour le personnel d'Oxfam et des autres partenaires, il convient de dispenser des formations générales sur le choléra indiquant notamment les mesures préventives permettant de se protéger lors d'une épidémie.
- Toutes les formations doivent être correctement adaptées au public cible et ne doivent pas suivre un format normalisé unique. Il s'agit de déterminer comment bien cibler chaque groupe, selon ses spécificités.

- Assurez-vous que toutes les équipes de PHP et d'ingénieurs en santé publique (PHE) ont suivi une formation de présentation ou de rappel sur les mesures de préventions et de lutte contre le choléra.
- Remodelez/reconditionnez les approches/supports d'IEC au besoin, en les adaptant aux activités spécifiques de la communauté en matière de prévention des maladies diarrhéiques. Les supports et activités doivent inclure des messages clés pour sensibiliser la population à la lutte contre les modes de transmission potentiels du choléra sur le plan local et à l'importance de préparer les différents groupes cibles à faire de leur mieux avec les moyens dont ils disposent afin de prévenir et de contenir la propagation du choléra. Par exemple, les mères et les guérisseurs traditionnels peuvent apprendre à préparer une SRO à l'aide de produits locaux (avec l'accord du ministère de la Santé) et les leaders de la communauté peuvent apprendre à identifier et à signaler les cas de choléra et découvrir les principales mesures de prévention à disposition des membres de la communauté. Ces approches refondues doivent inclure des stratégies pour impliquer/toucher tous les groupes fortement exposés, notamment les femmes et les enfants.
- Menez des campagnes de sensibilisation d'envergure auprès des communautés pour les informer et vous assurer de leur participation à la prévention des épidémies de choléra. Ces campagnes doivent être succinctes et englober tous les moyens et approches possibles pour garantir la plus grande couverture possible. Impliquez les structures communautaires existantes telles que les leaders religieux, les groupes de femmes et les écoles.

#### **e) Garantir un approvisionnement en eau salubre**

- Assurez-vous que la totalité de l'eau à usage domestique contient 0,5 mg/l de chlore résiduel libre dans chaque foyer. Une attention particulière doit être portée à l'eau en citerne, aux réservoirs souples, aux gros réservoirs de stockage et aux réservoirs reliés au réseau, dans lesquels la concentration de chlore résiduel libre doit être comprise entre 0,8 et 1 mg/l.
- Identifiez les approvisionnements en eau stratégiques dans les zones fortement infectées et menez des études sanitaires afin de les hiérarchiser dans le processus de réhabilitation (le cas échéant), ou faites-les réhabiliter. Voir la [Ressource 10.18](#) pour savoir comment mener des études sanitaires.
- Encouragez les pratiques de manipulation sans risque de l'eau salubre, par exemple en organisant des campagnes de masse sur le nettoyage des jerricans et des carafes de stockage de l'eau.
- Augmentez le volume d'eau claire fournie aux zones fortement infectées par le choléra (le cas échéant) en coordination avec les fournisseurs d'eau locaux et les ministères concernés. Pour éviter tout faux espoir, il est important d'informer les communautés qu'Oxfam GB ne résoudra pas les problèmes d'eau à long terme. Étant donné que toutes les actions relatives à l'eau menées au cours d'une épidémie de choléra sont des mesures temporaires visant à éviter la propagation de la maladie, il ne serait pas opportun de créer de grands réseaux d'eau dans des zones dépourvues de tels systèmes jusque-là. Il est également important de ne pas mettre en place de solutions d'urgence (comme des camions-citernes ou des réservoirs durs/souples de stockage temporaires) sans stratégie de sortie adaptée.
- Continuez d'analyser régulièrement la qualité de l'eau à la source, surtout dans les foyers.

- Au niveau des pompes manuelles et/ou puits de forage qu'il est difficile de chlorer directement, il convient de mener des campagnes de chloration et de nettoyage des seaux si la distribution de sachets de traitement de l'eau dans les foyers est inappropriée.
- Veillez à affecter des contrôleurs de la concentration en chlore pour assurer le suivi et une aide dans chaque section des camps ou des communautés dans les zones fortement infectées. Lorsque la situation le permet, confiez cette tâche à un nombre égal d'hommes et de femmes.

#### **f) Garantir une gestion saine des excréments**

La construction de latrines, bien qu'importante pour endiguer la propagation fécale-orale, n'est pas toujours réalisable en pleine épidémie : elle nécessite du temps et des ressources, et son impact immédiat pour freiner l'épidémie de choléra est moins évident. Il convient donc de s'assurer au préalable que la construction de latrines est adaptée au cours des trois premiers mois d'une intervention de lutte contre la maladie. Si un financement est disponible pour faire évoluer les programmes de la phase de lutte contre le choléra à une phase de réhabilitation/secondaire, la construction de nouvelles latrines peut effectivement s'avérer efficace à ce stade en prévision de prochaines épidémies de choléra.

En Haïti en 2010/2011, des latrines semi-permanentes et communes à plusieurs foyers ont été construites dans certains villages où la population déféquait dans la rivière alors que cette dernière constituait la seule source d'eau de boisson. Il avait alors été estimé que les forts taux de choléra dans ces villages ne pouvaient être contrôlés sans une solution de gestion appropriée des déjections humaines.

#### **Les recommandations suivantes concernent uniquement les camps/regroupements de personnes déplacées :**

- Menez une étude rapide sur les zones couvertes par des latrines afin de déterminer leur nombre et leur emplacement, et pour identifier les zones où les latrines font le plus défaut.
- Accélérez les travaux ayant pris du retard pour la réparation/réimplantation des latrines ne fonctionnant pas convenablement dans les zones fortement infectées.
- Multipliez le nombre de latrines en service en veillant à respecter la dignité et les exigences de sécurité de la population (hommes, femmes, garçons et filles). N'oubliez pas de prévoir un accès pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Des latrines provisoires peuvent être installées dans le cadre d'une mesure d'urgence.
- Encouragez la dispersion de chlorure de chaux et/ou de cendres chaque soir dans les latrines afin de neutraliser les odeurs et de réduire le nombre de mouches.
- Ajoutez 1 à 2 pelletées de chlorure de chaux dans les anciennes latrines avant de les remblayer.
- En zone urbaine, incitez les autorités municipales à déboucher ou à réparer les égouts détériorés, notamment dans les lieux à forte densité de population (comme dans les bidonvilles).

- Des toilettes communales d'urgence peuvent être construites pour augmenter le nombre de latrines. Là où la situation le permet, surtout en milieu urbain, les toilettes doivent être reliées à des fosses septiques ou des systèmes d'assainissement existants.
- Mobilisez la communauté du camp pour entretenir ces installations, quitte à rémunérer des hommes et femmes chargés de leur l'entretien le temps que dure l'épidémie, afin de garantir la propreté des latrines.
- Veillez à ce que des stations pour se laver les mains soient placées à proximité des latrines communales.

#### **i) Intervenir sur les marchés et autres points de rassemblement**

- Menez des campagnes de promotion des mesures d'hygiène concernant l'eau, les aliments et le lavage des mains à destination des responsables et des personnes travaillant sur les marchés, en particulier pour les étals de denrées alimentaires.
- Envisagez des formations pour les vendeurs à l'étal, les personnes travaillant sur les marchés et le personnel des cantines (ou cuisine communautaire) sur les moyens qui permettent de lutter contre la propagation du choléra.
- Obtenez le soutien des leaders religieux et d'autres comités de leadership menés par des hommes et par des femmes dans la communauté/le camp afin de garantir que les aires communales, et plus particulièrement les magasins et les étals de denrées alimentaires, respectent les conditions d'hygiène recommandées.
- Utilisez les moyens de communication locaux pour sensibiliser la communauté aux conséquences de certaines activités sensibles en termes d'hygiène, comme la nourriture servie lors de rassemblements funéraires (tradition à interdire provisoirement, au besoin).

#### **j) Suivre les cas actifs**

Voir la section 7 concernant le suivi plus détaillé des programmes.

- Les équipes de PHP doivent recueillir des informations ventilées sur les cas de maladies diarrhéiques dans les communautés et contacter régulièrement les prestataires de services de santé afin de croiser ces données avec celles des cliniques et des hôpitaux au moins deux mois avant la saison épidémique potentielle. La schématisation de l'incidence hebdomadaire des cas de diarrhée (sanglante et aqueuse aiguë) permet d'identifier très tôt toute tendance localisée à la hausse.
- Compilez les données dans un format simple à la fois synthétique et visuel mettant en lumière l'évolution des tendances. L'exemple fourni dans la [Ressource 10.19](#) illustre comment des techniques simples peuvent apporter les éléments requis pour la préparation et la transition vers la mise en œuvre complète de la lutte contre la maladie.
- Exploitez les données de suivi afin de mieux comprendre les sources de contamination et les comportements qui aggravent la situation, ainsi que pour illustrer l'efficacité d'actions ciblées. Un meilleur apprentissage permettra de mieux orienter les actions en cas de nouvelles épidémies.
- Partagez toutes les données de suivi avec les équipes de PHE pour vous assurer qu'elles sont préparées et conscientes de l'imminence d'une épidémie.

- Dans la mesure du possible, répartissez les données en secteurs ou en zones délimitées au sein du camp, du village, ou encore en « zones » dans un bidonville ou un quartier urbain. Les programmes de santé publique regroupent chaque semaine, voire chaque jour, de nombreux types différents de données. Ces informations paraissent souvent insignifiantes, jusqu'au jour où elles sont exploitées pour obtenir une vue d'ensemble et donner corps aux résultats.
- Associez les données à une vue d'ensemble plus large et à d'autres données afin d'identifier des zones à risque et les domaines où il convient d'intensifier certaines activités. Par exemple, si un secteur présente un taux d'infection bactérienne élevé au niveau de l'eau de boisson stockée au sein des foyers, il est alors important d'identifier le point d'approvisionnement en eau utilisé par ces foyers. L'analyse de tous les points d'eau peut être associée à l'analyse de l'eau présente dans les foyers pour déterminer s'il existe une corrélation entre ces sources impropres ou s'il s'agit d'un problème d'hygiène (contamination de l'eau après sa collecte). Il est essentiel de mettre en relation des groupes de données variées si une prévalence inattendue de cas de diarrhée est constatée ou plus encore si un épisode épidémique est attendu. Le moyen le plus simple d'établir ces liens consiste à les visualiser sous la forme de diagrammes sur une « carte ». Plus les diagrammes et la carte sont simples, plus il est aisé pour toute personne impliquée dans le programme de comprendre et d'agir selon les informations à disposition.
- Pour garantir une préparation adéquate à une épidémie de choléra, assurez-vous que des réunions ont lieu aussi souvent que possible entre les organisations à l'approche de la saison présumée propice à l'épidémie. Pendant cette période, gardez comme objectif une réunion par semaine afin de partager les données, de regrouper les ressources et d'identifier les carences.

## **4. Transition de la phase de préparation à une intervention ciblée**

### **4.1 Éléments déclencheurs signalant les prémices d'une épidémie de choléra**

D'après l'OMS, une épidémie de choléra est cliniquement confirmée lorsque le TL atteint 1 %. Par exemple, si 1 000 individus du camp de Kalama au Darfour sont atteints du choléra, au moins 10 personnes décéderont de la maladie avant que la situation ne soit considérée comme épidémique et qu'une action d'urgence ne soit déployée. Pour les organisations impliquées dans les aspects préventifs de la lutte contre l'épidémie, ce délai d'attente est trop long, et avant que l'épidémie soit cliniquement déclarée, elle se sera déjà largement propagée. Dès que des cas suspects de choléra sont signalés, des mesures d'atténuation doivent être mises en place. Voir l'[Encadré 4](#) pour obtenir les définitions de cas de choléra et la Section 4.2 pour la définition d'une épidémie.

Oxfam GB **ne doit pas** attendre que le TL atteigne les niveaux définis par l'OMS pour intensifier ses actions de santé publique, car de nombreuses vies sont en jeu et l'épidémie serait alors encore plus difficile à contenir.

Afin de garantir une réponse rapide et ciblée, Oxfam GB utilise l'un des trois indicateurs ci-dessous pour entreprendre une évaluation initiale et une étude épidémique visant à déterminer si une intervention à grande échelle est nécessaire :

- **Taux d'attaque<sup>1</sup> des cas de diarrhée dans la zone définie** : selon l'OMS, pour les populations vivant dans des zones où le choléra est endémique, comme en République démocratique du Congo (RDC), et où les systèmes d'assainissement sont déplorable, un taux d'attaque de 0,6 % doit inciter les acteurs de la santé publique à passer de la phase de sensibilisation à une phase de mise en œuvre d'actions pour lutter contre l'épidémie.
- **Le nombre de cas de diarrhée enregistrés et traités en clinique** : le choléra peut être suspecté si la morbidité (c'est-à-dire le nombre de cas) est constante (ne fluctue pas), mais que le nombre de décès attribués à la diarrhée augmente. Attention : ces données ne permettent pas d'affirmer à elles-seules l'existence d'une épidémie de DAA ou de choléra ; il conviendra avant cela d'enquêter sur les décès survenus suite à des diarrhées.
- **Les décès ou les cas de déshydratation sévère dus à une DAA** : si une personne âgée de cinq ans ou plus décède d'une DAA ou présente une déshydratation sévère, cela peut constituer un premier indicateur de présence du choléra dans cette zone et potentiellement annoncer une épidémie. Les équipes médicales doivent envoyer des écouvillons rectaux au laboratoire le plus proche pour confirmer la présence de la bactérie *Vibrio cholerae* (la bactérie du choléra).

---

<sup>1</sup> Le taux d'attaque est obtenu en divisant le nombre total de personnes victimes de diarrhées par la population totale, puis en multipliant le résultat par 100.

#### **Encadré 4 : Définitions des cas de choléra actuellement utilisés sur le terrain**

<b>Définition standard de l'OMS<sup>2</sup></b>	Dans une zone où la présence du choléra n'est pas connue	Un malade de cinq ans ou plus présente une déshydratation grave ou meurt de diarrhée aqueuse aiguë
	Dans une zone touchée par une épidémie de choléra	Un malade de cinq ans ou plus présente une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissements
<b>Définition de Médecins sans Frontières<sup>3</sup></b>	Dans une zone touchée par une épidémie de choléra	Un malade avec au moins trois selles liquides et/ou ayant vomi au cours des dernières 24 heures

## **4.2 Évaluation initiale et analyse d'une épidémie**

### **Rapide évaluation de santé publique**

Dès suspicion d'une épidémie de choléra, et dès qu'un programme passe d'une phase de préparation à une phase d'intervention, des évaluations rapides de la santé publique devront être menées pour vérifier si une épidémie a bien lieu, de manière à intervenir. Ces évaluations doivent être aussi rapides et ciblées que possible. Pour garantir l'uniformisation des outils d'évaluation et l'intégration avec d'autres données existantes/futures, il est recommandé d'utiliser la nouvelle banque de données IPHD (Integrated Public Health Database) d'Oxfam GB pour concevoir des outils de collecte des données, saisir les données et effectuer les analyses requises. L'IPHD est accessible via l'intranet d'Oxfam GB.<sup>4</sup>

Dans les camps de réfugiés ou dans les bidonvilles urbains, la vigilance doit être permanente tout au long de l'année, mais plus particulièrement encore à l'approche de la saison épidémique (à la fin de la saison sèche et au début de la saison des pluies) et si des déplacements de populations ont lieu.

### **Définition d'une épidémie**

On parle d'épidémie en cas d'augmentation inhabituelle de nouveaux cas :

- Si aucune donnée n'est disponible, après un doublement du nombre de cas sur trois semaines consécutives.
- Si des données sur la même période de l'année précédente sont disponibles, il est possible de déterminer le nombre moyen de cas attendus (par mois ou par semaine) dans les périodes non épidémiques. Un doublement de cette moyenne non épidémique signale un risque d'épidémie.

<sup>2</sup> Les politiques et recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les épidémies de choléra sont disponibles (en anglais) à l'adresse <http://www.who.int/cholera/technical/prevention/control/en/index.html> (dernière visite en février 2012).

<sup>3</sup> Plus d'informations (en anglais) sur les actions contre le choléra de Médecins Sans Frontières à l'adresse <http://www.msf.org.uk/cholera.focus> (dernière visite en février 2012).

<sup>4</sup> Au moment de la publication (avril 2012), ce système n'était pas encore disponible.

## Questions auxquelles l'évaluation rapide doit impérativement répondre

- S'agit-il du choléra ?
- La maladie a-t-elle été confirmée ? Comment ? Par qui ?
- S'agit-il d'une épidémie ?
- À quand remonte la dernière épidémie ?
- S'agit-il d'une zone endémique ou non endémique ?
- Quelle définition de cas est utilisée ou proposée ?
- Combien de cas et combien de décès ont été déclarés ?
- Quelle est la répartition géographique des cas ?
- Quelle est la population exposée ?
- Quels sont les taux d'incidence, de létalité et d'attaque hebdomadaires ?
- Quelle est la répartition des cas selon la classe d'âge et le sexe ?<sup>5</sup>
- À quoi ressemble la courbe épidémique ?
- L'épidémie se propage-t-elle ? À quelle vitesse est-il probable qu'elle se propage ?
- Quel est le mode de transmission émergent ? La source est-elle ponctuelle ou dispersée ?
- Y a-t-il des pratiques culturelles en cours ou prévues prochainement dans les communautés, comme des cérémonies de circoncision ?
- Quelles sont les zones les plus exposées ? Pourquoi ?
- Une intervention a-t-elle déjà été déployée ? Qui en sont les acteurs ? Un système de coordination est-il déjà en place ?
- L'épidémie sévit-elle en milieu rural, en zone urbaine ou dans un environnement clos (camp de réfugiés/PDI) ?

### 4.3 Interprétation rapide des données initiales

Au terme de l'évaluation initiale, toutes les données collectées doivent être saisies dans l'IPHD et synthétisées sous les en-têtes correspondants : groupes affectés, date et lieu. Cela permettra d'interpréter les données recueillies et de décider des actions à privilégier.

Le schéma épidémique (illustré en cartographiant les cas et en suivant leur évolution hebdomadaire) peut permettre de déterminer si l'épidémie émane de problèmes se produisant au niveau d'une source commune, par exemple un puits non protégé, un marché, un lieu d'abattage ou un abattoir, ou s'il s'agit plutôt d'une transmission de personne à personne. Lorsque de nombreux cas sont concentrés dans une zone spécifique, identifiez la souche potentiellement en cause. Si les cas sont dispersés, la transmission de personne à personne doit être envisagée : contrôlez les moyens de communication, les voies et les itinéraires commerciaux.

### Données démographiques

Pour procéder à une rapide évaluation de santé publique, il est essentiel de disposer de données démographiques aussi précises que possible. Les chiffres de population ventilés par classe d'âge, par sexe et par lieu sont essentiels pour pouvoir estimer le nombre de personnes vulnérables et les groupes cibles initiaux, et pour calculer les taux et planifier une action de santé publique.

---

<sup>5</sup> Les données ventilées par genre ne sont pas toujours disponibles. Essayez toutefois de les obtenir si le contexte le permet.



Il suffit de distinguer deux classes d'âge : <5 ans et ≥5 ans. Si ces données ne sont pas disponibles, partez du principe que les personnes âgées de moins de 5 ans représentent généralement 17 % de la population ; dans un camp de réfugiés/PDI, portez cette part à 20 %.

Il est important d'obtenir des données démographiques à l'échelle locale la plus fine possible : au niveau du district, du village, de la section/du camp de réfugiés, de la zone urbaine, du quartier, etc. Ces données sont disponibles auprès des autorités locales/centrales. En l'absence de telles informations, reportez-vous au dernier recensement de la population disponible. Si les seules données disponibles sont obsolètes, ajustez-les d'après le taux de croissance annuel du pays. Il est plus facile d'obtenir des données démographiques ventilées dans les camps de réfugiés/PDI, grâce au registre de camp ou aux inscriptions auprès des programmes de distribution alimentaire.

## Groupes affectés

Seul le nombre de cas ou de décès d'hommes et de femmes par classe d'âge (<5 ans, ≥5 ans) est nécessaire à ce stade. Les registres tenus dans tout établissement de santé fournissent ces chiffres pour chaque jour et chaque site, si bien qu'il est possible de classer les données par date et par lieu :

### Par date

Tracez la courbe épidémique (barres) pour illustrer l'évolution et l'étendue de l'épidémie avec le nombre de cas et de décès chaque semaine. Voir la [Figure 1](#) illustrant un exemple de courbe du choléra.

Le taux de létalité (TL) est un indicateur de gestion adaptée des cas. Le TL peut être élevé au début d'une épidémie en raison de l'immunité limitée de la communauté, du caractère particulièrement virulent de la maladie (épidémie explosive), d'une méconnaissance de la communauté quant à la conduite à tenir en cas de choléra ou d'un retard dans le déploiement de l'intervention. Ce taux peut également être élevé vers la fin de l'épidémie, attestant de l'épuisement du personnel.

Le **taux d'incidence hebdomadaire** indique l'étendue de l'épidémie et sa vitesse de propagation ou de résorption. Il est par exemple fréquent d'identifier une transmission à « source ponctuelle » (depuis une source d'eau ou des denrées alimentaires contaminées) au début d'une épidémie ; le cas échéant, un pic d'incidences est rapidement atteint. La transmission de personne à personne prend ensuite le relais, et la propagation de la maladie ralentit. La contagion de personne à personne peut survenir de manière successive ou simultanée.

### Par lieu

La répartition géographique des cas par village/district/zone, etc. peut permettre d'identifier les populations les plus exposées. Le recours à des cartes chronologiques basiques facilite le suivi de la propagation d'une épidémie. Une carte indiquant les lieux d'habitation, les points de rassemblement (marchés, écoles), les sources d'approvisionnement en eau, les établissements de santé et les principales voies de transport permet d'identifier facilement les zones à risque. Dessinez ces cartes à la main ; l'utilisation d'un logiciel informatique ou de systèmes de géolocalisation peut s'avérer très chronophage et n'est pas recommandée à ce stade.

Cette carte doit indiquer :

- le nombre de sources d'approvisionnement en eau et la qualité de l'eau (traitée ? protégée ?) ;
- le nombre de latrines par personne ;
- les systèmes d'assainissement et les équipements de drainage.

#### **Encadré 5 : Schémas épidémiques**

Lorsqu'une réponse adaptée est apportée **dans les zones densément peuplées**, comme dans les camps de réfugiés (clos), les zones urbaines ou les bidonvilles, l'épidémie se caractérise par un *fort* taux d'attaque, une *courte* durée de propagation, un pic *rapidement* atteint et un *faible* TL. Le taux d'attaque est plus élevé dans un environnement clos ou en milieu urbain/dans les bidonvilles en raison de la forte densité de population qui favorise la transmission de personne à personne. Le TL est faible car l'accès aux soins médicaux et de réhydratation est plus rapide.

**Dans les environnements ouverts** comme en milieu rural, le schéma épidémique se caractérise par un *faible* taux d'attaque, une propagation *plus longue*, un pic *plus tardif* et un TL *plus élevé*.

Si le taux d'incidence hebdomadaire augmente soudainement dans une zone donnée, recherchez tout événement ayant impliqué des regroupements de personnes (funérailles, cérémonies religieuses, etc.). Ce type d'événement peut expliquer une propagation soudaine dans un lieu donné, suivie d'une transmission de personne à personne, puis d'une contagion secondaire au retour des participants dans leurs foyers respectifs. La contamination de sources ponctuelles telles que les sources d'approvisionnement en eau s'accompagne également d'une concentration de cas dans des zones spécifiques.

**Tableau 1 : Principales caractéristiques d'une épidémie de choléra selon l'environnement**

	<b>Environnement ouvert : rural, grande étendue</b>	<b>Milieu urbain : bidonvilles</b>	<b>Environnement clos : camp de réfugiés</b>
Densité	Faible	Élevée	Élevée à très élevée
Population	Élevée	Élevée	Faible
Mobilité	Mobile, éparse	Mobile	Peu mobile
Taux d'attaque (%)	0,1 - 2 %	1 – 5 %	1 - 5 % *
Pic atteint après	1,5 - 3 mois	1 - 2 mois	2 - 4 semaines
Proportion de cas avant le pic	40 %	40 %	40 %
Durée de l'épidémie	3 - 6 mois	2 - 4 mois	1 - 3 mois
TL**	< 5 %	2-5 %	< 2 %

\* Le taux d'attaque peut être plus élevé : par exemple, dans le camp de réfugiés de Goma en RDC (1994), le taux d'attaque était de 7,8 %.

\*\* Les chiffres du TL sont indiqués lorsqu'un traitement est disponible.

Source : Bauernfeind et al. (2004)

## **5. Intervention**

### **5.1 Identification des zones à haut risque**

Une fois l'évaluation rapide terminée (voir section précédente), il doit être possible d'identifier les zones à plus haut risque et de hiérarchiser les interventions. Dans une zone à haut risque, on distingue les éléments suivants :

- Schémas épidémiologiques :
  - nombre total de cas et de décès ;
  - taux d'attaque ;
  - changement sur la courbe d'incidence ;
  - taux de létalité.
- Population :
  - taille ;
  - densité ;
  - mobilité ;
  - déplacement depuis des zones endémiques ou non endémiques.
- Saisons/zones de convergence :
  - région d'activités commerciales intenses ;
  - itinéraires commerciaux ;
  - saison des pluies ;
  - mauvais assainissement ;
  - accès difficile à l'eau salubre.
- Antécédent :
  - en l'absence d'antécédent, population non immunisée et donc fortement vulnérable ;
  - déplacement de porteurs (n'ayant pas déclaré les symptômes) depuis des zones endémiques ;
  - personnes davantage vulnérables si déplacées de zones non endémiques vers des zones endémiques.
- Accès difficile aux centres de traitement :
  - distance ;
  - inondations ;
  - problèmes sécuritaires.
- Ressources disponibles :
  - ressources humaines, par exemple.
- Capacité restreinte à faire face des établissements/services de santé.
- Zones avec pratiques à haut risque :
  - faible couverture des latrines ;
  - dépendance vis-à-vis des camions-citernes, etc.

Les domaines de priorité peuvent changer : continuez le suivi et faites preuve de souplesse. Sélectionnez les domaines prioritaires au niveau local (village, zone sanitaire, etc.), mais préparez-vous à apporter des changements et à redéfinir vos activités en fonction des rapports de surveillance, de nouveaux facteurs environnementaux, de déplacements de la population, etc.

## 5.2 Lutte contre la propagation de l'épidémie

En général, les actions d'Oxfam GB pour lutter contre le choléra portent sur les points suivants :

- **garantir un accès à de l'eau potable chlorée en quantité suffisante ;**
- **promouvoir et faciliter certaines mesures d'hygiène, surtout le lavage des mains avant de porter quoi que ce soit à la bouche ;<sup>6</sup>**
- **encourager la réhydratation et un comportement précoce de recherche de soins dans les établissements de santé ;**
- **mobiliser les différents groupes communautaires et les foyers à intervenir dans la mesure des ressources à leur disposition.**

Les épidémies de choléra se développent dans les zones où l'accès à l'eau salubre est limité, où l'assainissement est inapproprié et où l'hygiène personnelle et domestique est compromise. Il est essentiel de définir des priorités en axant vos décisions sur les analyses épidémiologiques réalisées, l'évaluation des facteurs de risque, l'impact attendu de chaque intervention et les ressources disponibles.

De précédentes expériences ont démontré que la solution la plus rapide et la plus efficace consistait à garantir un accès à de l'eau salubre et à promouvoir une bonne hygiène. Comme indiqué plus haut, la construction de latrines, la gestion des déchets solides et le contrôle des vecteurs de la maladie tels que les mouches ne sont pas toujours des mesures réalisables au beau milieu d'une épidémie : en effet, celles-ci prennent du temps, requièrent des ressources et leur impact est moins immédiat.

Il est primordial que tout programme serve l'objectif principal propre à chaque phase critique de la courbe de l'épidémie. Les quatre phases critiques sont décrites dans la [Figure 1](#).

Le personnel d'Oxfam GB engagé dans la lutte contre les épidémies de choléra doit se référer à ces phases critiques pour concevoir, élaborer, planifier et mettre en œuvre les programmes. À l'avenir, les programmes de lutte contre le choléra d'Oxfam GB vont suivre cette synthèse graphique de la courbe de l'épidémie.

Lorsque les taux d'attaque ont déjà atteint le pic, l'impact des mesures préventives risque de ne plus être aussi fort. Il convient toutefois d'étudier avec soin la fin prétendue d'un pic de choléra, surtout dans certaines zones (voir l'[Encadré 6](#) ci-dessous). Une campagne de promotion de la santé publique et de distribution de kits de prévention du choléra dans les zones à risque, ciblée de façon préventive, pourrait s'avérer bien plus efficace pour freiner la propagation de la maladie. On entend par zones à risque les lieux jouxtant les zones ayant atteint le pic ou les zones partageant la même source d'approvisionnement en eau (surtout celles situées en aval).

---

<sup>6</sup> Évaluez les pratiques à risque au niveau local pour rédiger des messages ciblés. Par exemple, en Haïti, la population avait pour habitude d'acheter des sachets d'eau de boisson en plastique. Le consommateur devait souvent percer le sachet avec des mains sales pour l'ouvrir. Dans d'autres situations, les enfants mettront les mains à la bouche, même lorsqu'ils ne sont pas en train de manger.

### **Encadré 6 : Importance de la distribution continue de kits de prévention du choléra, Haïti, 2010**

Une distribution générale de kits de prévention du choléra contenant des SRO, du savon et des Aquatabs a été réalisée en octobre/novembre 2010 auprès de 25 000 familles de Petite Rivière dans la province d'Artibonite en Haïti. Un programme de suivi permanent a permis de constater une chute conséquente du nombre de nouveaux cas dans ces villages. En raison de problèmes logistiques, aucune autre distribution n'a eu lieu. Six semaines seulement après cette unique distribution, l'épidémie a atteint un nouveau pic, entraînant cinq nouveaux décès dans ces villages.

Source : Document interne d'Oxfam GB (2010)

## **5.3 Améliorer la quantité et la qualité de l'eau**

- Selon le contexte, distribuez des sachets de traitement de l'eau dans les foyers, affectez des personnes à la chloration dans les points d'eau et/ou procédez à une chloration de masse dans les réservoirs/citernes d'eau.
- Assurez-vous que l'hygiène est respectée dans les points d'eau.
- Organisez régulièrement des campagnes consacrées au nettoyage des jerricans, des seaux et autres récipients. Il peut s'avérer prudent de distribuer des détergents en expliquant à la population comment les utiliser.
- Éduquez la population sur l'importance de consommer de l'eau chlorée/traitée pendant une épidémie de choléra, ainsi que sur les moyens de garantir une chaîne d'eau salubre, de la source à sa consommation (à combiner au suivi du chlore résiduel libre dans les foyers, si possible).
- Réalisez un suivi du chlore résiduel libre au sein des foyers, mais également quotidiennement au niveau des sources d'approvisionnement en eau où une chloration de masse est effectuée.
- Assurez-vous que chaque personne bénéficie d'une quantité d'eau suffisante.
- Si l'eau claire est disponible en petite quantité, assurez-vous qu'au minimum l'eau de boisson est chlorée.

### **Chloration**

Il convient de chlorer l'eau de toutes les sources d'approvisionnement (même celles paraissant saines comme les puits de forage) pour garantir une concentration de chlore résiduel libre d'au moins 0,5 mg/l au niveau du point de consommation. L'eau peut être contaminée à tout moment pendant le transport, lors de son stockage ou de sa manipulation. Une plus forte concentration de chlore résiduel libre rendra la consommation ou l'utilisation de l'eau plus sûre. Comme l'eau chlorée présente un goût particulier, informez la communauté sur ce goût inhabituel et sur l'importance de s'en accommoder.

De nombreuses sources d'approvisionnement en eau ne disposent pas de réservoirs de stockage (comme les rivières, les puits de forage, les puits à ciel ouvert et les puits à pompe manuelle) et il est par conséquent difficile de les chlorer directement. Les communautés sont parfois contraintes d'utiliser de l'eau insalubre, par exemple suite à un déplacement soudain et important de la population ou suite à une panne mécanique au niveau des sources saines. Le cas échéant, pendant les premiers mois de l'épidémie, il est conseillé de procéder à une distribution générale de sachets de traitement de l'eau dans les foyers (Aquatabs ou PUR). En

zone urbaine où la population ne dispose que d'un nombre restreint de points d'eau, l'affectation de personnes à la chloration et à son contrôle dans la communauté pour chlorer les réservoirs dans lesquels l'eau est collectée peut s'avérer plus économique et plus rapide que des distributions générales. Voir la [Ressource 10.3](#) pour un tableau récapitulatif sur les options de traitement de l'eau disponibles.

Parallèlement, le personnel de santé publique doit former des personnes de la communauté et les affecter à la chloration et au contrôle de la chloration des seaux, en montrant à la population comment procéder et comment garder une trace et suivre l'utilisation du chlore au quotidien.

Si la source d'approvisionnement en eau est une rivière, des canaux d'irrigation ou d'autres sources d'eau très turbide, Oxfam GB recommande d'utiliser un traitement PUR ou similaire (mélange de flocculant et de chlore), car du chlore utilisé seul ne sera pas efficace dans une eau avec une turbidité supérieure à 50 UNT.

### **Récapitulatif des activités clés concernant l'eau**

- Assurez-vous que la totalité de l'eau à usage domestique contient 0,5 mg/l de chlore résiduel libre dans chaque foyer.
- Continuez d'analyser régulièrement l'eau à la source et au sein des foyers.
- Déployez au moins une personne en charge du suivi de la chloration pour chaque bloc ou cluster dans un camp, ou tous les 200 foyers dans une communauté (en affectant autant d'hommes que de femmes, si possible).
- Réalisez au moins 50 échantillonnages par semaine au sein des foyers jusqu'au terme de l'épidémie de choléra. Les données collectées par les personnes en charge du suivi de la concentration de chlore doivent être consignées et analysées toutes les semaines. Les résultats des analyses doivent permettre à l'équipe de PHP de renforcer les formations destinées à la communauté dans les zones où la concentration de chlore dans les foyers a chuté en deçà de 0,2 mg/l.
- Utilisez une solution chlorée de base pour vous assurer d'atteindre les niveaux de concentration nécessaires et garantir les niveaux de chlore résiduel libre requis. Voir la [Ressource 10.12](#) pour plus de détails sur la préparation de la solution chlorée de base.

#### **Encadré 7 : Messages relatifs à l'hygiène concernant la chloration**

Les messages clés pour la communauté sont les suivants :

- La chloration tue ou réduit le nombre de bactéries présentes dans l'eau, ce qui rend cette dernière propre à la consommation. L'eau est en effet un vecteur de maladie, car elle transporte des micro-organismes.
- La chloration altère le goût de l'eau.
- Une fois l'eau chlorée, patientez 30 minutes avant de l'utiliser ou de la consommer pour permettre au chlore de faire effet.
- Veillez à conserver l'eau dans des conditions saines tout au long de la chaîne d'approvisionnement, de la source à la consommation.

## 5.4 Formation de la communauté aux mesures d'hygiène concernant le choléra

En cas de propagation rapide de l'épidémie, les efforts déployés pour former la communauté sur les questions de santé publique sont souvent tardifs et fortuits. En cas de faible implication de la communauté, tous les efforts réalisés pour lutter contre l'épidémie dépendent des organisations et des États participants.

### **Encadré 8 : Exemple de formation de la communauté aux mesures d'hygiène dans la région d'Oromia, en Éthiopie**

Dans la région d'Oromia, en Éthiopie, et malgré toutes les actions menées pour sensibiliser la population dans les deux premières zones infectées, on continuait à déplorer des décès imputés au choléra (surtout au niveau communautaire), car l'épidémie se propageait dans les villages voisins.

Les discussions organisées avec les membres de la communauté dans ces deux zones ont révélé que, malgré les nombreux efforts déployés pour informer la population et promouvoir les mesures d'hygiène appropriées, la communauté avait trouvé ces messages trop difficiles à assimiler et à mettre immédiatement en pratique. Le contenu de ces messages semblait également différer légèrement des messages d'hygiène diffusés les années précédentes. Pourtant, la seule information complémentaire portait sur la vitesse de propagation du choléra et sur sa létalité galopante. En d'autres termes, la population ne s'est pas engagée à la hauteur de l'urgence des messages.

Après de plus amples discussions avec les représentants régionaux de la santé et les organisations participantes, il apparaît que les formations dispensées auprès de la communauté portaient sur des mesures d'hygiène ordinaires, alors qu'il aurait fallu une formation adaptée spécialement aux urgences associées à l'épidémie.

Une équipe d'experts de la santé publique a ensuite conçu et testé sur le terrain de nouveaux messages relatifs à l'hygiène, axés sur le choléra. À la lumière de ces tests de terrain, des ajustements ont été apportés avant que les nouveaux supports éducatifs ne soient présentés à tous les acteurs impliqués dans les actions de lutte contre le choléra.

Source : Document interne d'Oxfam GB (2006)

### **Remodelage et développement de nouveaux messages d'hygiène en matière de prévention et de lutte contre le choléra**

Afin d'impliquer la communauté, les supports de formation et de promotion existants en matière d'hygiène doivent être transformés en plan de promotion de la participation et de formation d'urgence de la communauté. Cette approche peut également être utilisée lorsqu'aucun programme de promotion de la santé publique n'est en place dans la zone concernée. Elle devra :

- **Être axée sur le choléra**

- se limiter à des objectifs spécifiques et réalisables ayant un impact direct et immédiat ;
- porter sur la prévention dans la communauté et l'atténuation de la gravité de l'épidémie ;
- adresser à la communauté des messages portant sur la réhydratation orale à domicile, dans une formulation simple et locale, former les foyers sur la façon de bien chlorer leur eau de boisson à l'aide d'une eau de Javel disponible localement.

- **Être destinée à la communauté**
  - se baser sur des actions pratiques que les foyers et les divers groupes d'hommes et de femmes de la communauté peuvent mettre en œuvre immédiatement à l'aide de supports disponibles localement ;
  - être pré-testée auprès des communautés pour s'assurer que les messages sont bien compris ; ceux-ci doivent être attractifs, positifs et engageants.
- **Être rapide**
  - expliquer comment mettre le programme en vigueur aussi rapidement et amplement que possible.
- **Avoir une portée maximale**
  - être conçue pour s'adresser à toutes les zones infectées, ainsi qu'aux zones à risque.
- **Être rentable**
  - garantir un équilibre entre couverture et rentabilité en déterminant le coût par personne de la communauté de chaque forme de communication et en sélectionnant divers canaux de communication ;
  - garantir une portée et une efficacité maximales par le biais de diverses voies de communication.
- **Transmettre des messages ciblés**
  - être facile à comprendre, attractive et incitative : utiliser la langue et des exemples locaux ;
  - tenir compte des différences culturelles spécifiques à la zone et utiliser les supports localement disponibles ;
  - fournir des informations spécifiques sur ce que les différents groupes peuvent faire.

### **Ce que chacun doit savoir sur le choléra**

Divers outils de communication et de formation à destination des communautés ont été conçus sur ces thèmes.

- **Qu'est-ce que le choléra ?**
  - au moins trois épisodes de diarrhées aqueuses dans la même journée ;
  - vomissements ;
  - crampes dans les jambes.
- **Pourquoi il ne faut pas prendre le choléra à la légère ?**
  - le choléra entraîne une déshydratation qui peut être mortelle ;
  - le choléra se propage rapidement par l'ingestion d'eau contaminée ou d'aliments crus ou en portant à la bouche des mains sales.



## **Encadré 9 : Quatre messages clés relatifs à l'hygiène pour les communautés**

### **1. Traitez l'eau avant de la consommer**

- Chlorez l'eau à l'aide d'Aquatabs ou de chlore liquide disponible localement (Clorox, Jif, Jik, PUR, etc.) ;
- Stockez l'eau de boisson traitée dans des récipients propres et couverts

*Remarque : il est préférable de chlorer l'eau. Faire bouillir l'eau doit être encouragé uniquement si aucun traitement de l'eau n'est disponible dans les zones adaptées et recommandées par le ministère de la Santé. Il convient alors de promouvoir correctement cette pratique, à savoir porter l'eau à forte ébullition, laisser refroidir et stocker dans des récipients propres avant utilisation.*

### **2. Nettoyez-vous les mains en éliminant la saleté sur les deux mains**

Lavez-vous les mains à l'eau et au savon (si disponible) en les frottant l'une contre l'autre. En l'absence de savon, éliminez la saleté en frottant avec de l'eau et :

- de la cendre ;
- du sable ;
- des feuilles ou autres agents de nettoyage disponibles localement et culturellement acceptés.

Attention : c'est le processus de **frottement** (à l'aide d'un agent de nettoyage) qui importe.

#### **Quand ?**

- avant de manger ou de mettre quoi que ce soit à la bouche ; **(message principal)**
- après avoir aidé une personne présentant les symptômes de la maladie ou après avoir nettoyé excréments ou vomissements ; **(secondaire)**
- avant de préparer un repas ; **(secondaire)**
- après avoir essuyé les fesses d'un enfant ; **(secondaire)**
- après avoir déféqué ou après toute utilisation des toilettes. **(secondaire)**

### **3. Si une personne souffre du choléra, réhydratez-la à hauteur du liquide perdu pendant les épisodes de diarrhée ou de vomissements**

Réhydratez un malade (ou réhydratez-vous) à hauteur du liquide perdu pendant les épisodes de diarrhée ou de vomissements :

#### **À PRIVILÉGIER**

Lait maternel  
SRO  
Eau de coco  
Bouillon de légumes/eau de riz salés  
Thé peu infusé  
Solution salée-sucrée\*

#### **À PROSCRIRE**

Boissons gazeuses  
Thé sucré  
Jus de fruits sucrés  
Café  
Certaines infusions ou thés locaux à vertu médicinale

\*Voir un exemple d'instructions de gestion des diarrhées à l'aide de SRO et de SSS (solution salée-sucrée) préparée à domicile dans la [Ressource 10.14](#) et la [Ressource 10.15](#), respectivement.

### **4. Toute personne infectée par le choléra doit se rendre le plus vite possible dans un établissement médical pour y être traitée**

Tout en vous rendant au CTC/dispensaire/clinique/hôpital le plus proche, donnez à boire (ou buvez) un verre du liquide disponible (voir ci-dessus) après chaque épisode de diarrhée ou de vomissement.

### **Encadré 10 : Deux messages supplémentaires relatifs à l'hygiène**

Dès que les actions de suivi indiquent que les communautés réagissent positivement aux quatre messages clés fournis dans l'[Encadré 9](#), les messages suivants doivent être diffusés.

#### **5. Éliminez les excréments et les vomissures correctement**

Si possible, utilisez des latrines pour éliminer les excréments et les vomissures. Cela s'applique à tous, y compris aux enfants. Si aucune latrine n'est disponible, enveloppez discrètement excréments et vomissures dans un support adapté (par ex., sacs en plastique, feuilles de bananiers, etc.), et enfouissez-les dans une zone isolée à distance des points d'eau et de la population. Veillez à bien les couvrir.

Faites particulièrement attention lors de l'élimination des excréments si un membre de votre foyer est malade.

#### **6. Ne consommez pas d'aliments crus**

*Remarque : ce point est pertinent uniquement si la source de l'épidémie est certifiée comme étant alimentaire, ou devient alimentaire au cours de l'épidémie.*

Faites-les bouillir, faites-les cuire ou ne les consommez pas :

- évitez la viande crue ou pas assez cuite ;
- faites cuire tous les légumes ;
- nettoyez et couvrez les restes ;
- utilisez des couverts et des plats propres.

Des exemples de supports éducatifs communautaires à destination de différents groupes cibles sont fournis dans la [Ressource 10.8](#).

### **Rumeurs**

Une épidémie de choléra, surtout si elle frappe une zone pour la première fois, s'accompagne souvent de rumeurs sur l'endroit où la maladie s'est déclarée et comment s'en prémunir. Une campagne publique doit dissiper ce type de rumeurs et de fausses informations en diffusant des messages spécifiques destinés à la fois à ceux qui relaient ces fausses informations (stations radio locales, leaders religieux et guérisseurs traditionnels) et à ceux qui les entendent.

### **5.5 Hygiène publique**

Si la situation le permet :

- Commencez à distribuer le stock d'urgence de chlorure de chaux afin de « désinfecter » les toilettes et d'éloigner les mouches.
- L'équipe de PHP doit continuer de cartographier les cas de choléra avérés et indiquer à l'équipe de PHE où initier la construction de latrines d'urgence, selon les zones où ont été identifiées des carences.
- Intensifiez la construction de latrines d'urgence pour hommes, femmes et enfants dans les zones identifiées par les équipes de PHP en échangeant avec les usagers pour garantir dignité et sécurité.

- Sur demande et en coordination avec le ministère de la Santé et les organisations proposant des soins médicaux, créez des latrines provisoires dans les CTC pour les patients, leurs proches et le personnel.
- Intensifiez le suivi de la propreté et renforcez l'utilisation du chlorure de chaux dans les latrines.

## 5.6 Inhumation des défunts

Dans de nombreuses situations, l'emplacement des cimetières ou des lieux de sépultures risque de contaminer les nappes phréatiques. Les premiers jours de l'épidémie de choléra peuvent provoquer de nombreux décès, au-delà de la capacité des cimetières existants. Cela peut contraindre les communautés ou les autorités locales à opter pour un lieu inadapté (de faible élévation ou inondable) pour enterrer les victimes du choléra, ce qui risque d'intensifier l'épidémie.

Il est essentiel que les programmes de lutte contre le choléra d'Oxfam GB garantissent la prise en compte des conditions environnementales en amont du choix de nouveaux lieux de sépulture par les communautés. Les communautés et les autorités gouvernementales doivent être sensibilisées aux risques de contamination des nappes phréatiques susceptibles de prolonger l'épidémie. Des mesures préventives spécifiques aux enterrements doivent également être prises au niveau du cluster WASH pour veiller à inclure les précautions minimums dans toute stratégie nationale.

Par mesure de prévention, incluez les observations sur les lieux de sépulture lors de toute évaluation rapide des besoins et promulgez des conseils en conséquence.

Les messages clés au sujet de l'inhumation des victimes du choléra sont les suivants :

- une tombe doit être éloignée d'au moins 30 m d'un point d'eau ;
- le fond de la tombe doit être situé au minimum à 1,5 m au-dessus d'une nappe phréatique ;
- aucun lieu de sépulture ne doit être créé dans une zone inondable ou détrempée ;
- si la situation le permet, mettez une couche de chlorure de chaux au fond de chaque tombe avant d'inhumer un corps. Il convient également de recouvrir le corps d'une couche de chlorure de chaux avant de refermer la tombe.

## 5.7 Activités sur les marchés et autres points de rassemblement

- Encouragez la création d'installations appropriées pour se laver les mains dans les cantines en lançant des campagnes intensives en matière d'hygiène.
- Travaillez étroitement avec les services de santé locaux afin de faire appliquer les règles de santé publique dans les cantines publiques. Dans certains lieux, cela peut aboutir à la fermeture de toutes les cantines jusqu'à la fin de l'épidémie.
- Avec l'aide des municipalités et si la situation le permet, coordonnez et soutenez la collecte des déchets et leur mise au rebut dans des zones dédiées.

De nombreuses épidémies de choléra se transmettent au départ par de l'eau de boisson contaminée. De nombreuses autres sources de transmission apparaissent au cours de l'épidémie, comme la manipulation des aliments par des personnes infectées. Les activités suivantes ne doivent pas être privilégiées au début d'une épidémie, sauf si le suivi de la transmission indique que la source est alimentaire ou provient des marchés :

- Renforcez les campagnes sur l'hygiène avec des messages sur l'hygiène alimentaire, la gestion des déchets solides et le lavage des mains auprès des responsables d'étals et des personnes travaillant sur les marchés, surtout au niveau des étals alimentaires.
- Fournissez les outils et les équipements pour éliminer les déchets.

Oxfam GB **ne va pas** mettre en œuvre, défendre ni soutenir les actions suivantes de lutte contre le choléra :

- pulvériser ou désinfecter les maisons, les latrines et les articles ménagers au chlore ;
- pulvériser des produits pour réduire le nombre de mouches ;
- fournir des produits chlorés lorsque la population a déjà reçu de l'eau de boisson chlorée par citernes ou via des conduites d'eau chlorée.

Oxfam GB est défavorable à l'utilisation de produits chimiques pour lutter contre les mouches. L'organisation préfère essayer de persuader les communautés et les autorités locales de gérer soigneusement l'élimination des déchets solides, de nettoyer les latrines et de s'assurer qu'elles sont correctement utilisées et qu'elles disposent de couvercles qui ferment bien. Oxfam fournira du chlorure de chaux pour désinfecter les latrines et lutter contre la propagation des mouches pendant l'épidémie. Une fois l'épidémie terminée, l'organisation recommande d'utiliser de la cendre dans les latrines. Voir l'exemple d'un cadre logique d'un programme intégré de prévention et de lutte contre le choléra dans la [Ressource 10.16](#).

### **Festivités et rassemblements publics**

Lorsque des personnes se retrouvent à des mariages, lors de festivals religieux, de funérailles ou d'autres rassemblements publics, le risque de transmission du choléra est élevé (voir l'[Encadré 9](#)). Un lavage des mains non hygiénique où chacun plonge ses mains dans un récipient unique (au lieu de verser de l'eau claire sur les mains) est un exemple de facteur à risque lors de festivités.

#### **Encadré 11 : Prévenir les transmissions lors des funérailles**

Les rassemblements funéraires sont propices à une transmission de la maladie. En Papouasie occidentale par exemple, la tradition veut que chacun touche le corps du défunt avant de célébrer sa mémoire. Les personnes parcourent de longues distances pour participer aux funérailles. Ainsi, des personnes vivant dans des zones non infectées peuvent se retrouver dans une zone infectée, puis ramener le choléra dans leurs villages. La maladie peut alors se propager à grande vitesse sur une grande zone géographique.

Lors des funérailles, les mesures de prévention doivent porter sur les points suivants :

- préparation des dépouilles en assurant une désinfection adéquate et en obstruant tous les orifices corporels ;
- impliquer les principales personnes officiant à ces cérémonies (comme les principaux leaders communautaires et religieux) afin de trouver des solutions pour réduire les risques sans compromettre la spécificité culturelle des cérémonies ;
- déconseiller de servir de la nourriture lors des funérailles, afin de réduire le risque de propagation de la maladie.

En Papouasie occidentale, les leaders religieux ont accepté d'inclure dans le déroulement de la cérémonie le lavage adéquat des mains après tout contact avec les défunts. Cette nouveauté n'affectant en rien la solennité des cérémonies, les autorités religieuses l'ont rapidement adoptée et mise en œuvre. Des supports de formation et des kits d'hygiène (savon, pastilles de traitement de l'eau et seaux pour se laver les mains) ont été distribués pour s'assurer qu'un lavage des mains aurait bien lieu.

## 6. Engagement de la communauté

### 6.1 Large diffusion de votre message

Il est important d'employer tous les canaux de communication disponibles afin d'atteindre le plus grand nombre le plus rapidement possible, notamment les écoles, les plateformes religieuses et les autorités locales.

**Tableau 2 : Identification des publics cibles et adaptation des messages**

Public cible	Qui ?	Où ?	Canaux de communication	Objectifs
Principal	Femmes (ou les responsables de la collecte et du stockage de l'eau), mères (ou celles donnant les premiers soins), jeunes, et filles et garçons en âge d'aller à l'école, groupes particulièrement vulnérables ou marginalisés.	Écoles, domiciles, marchés, points d'eau, champs, clubs de jeunes.	Spots radio locaux et nationaux, forums scolaires et discussions interactives.  Rassemblements, visites à domicile, théâtre de rue.	Sensibiliser au danger que représente le choléra.  Encourager la communauté à agir.
Secondaire	Enseignants, leaders religieux, leaders hommes et femmes de la communauté, agents sanitaires, agents de vulgarisation dans l'agriculture, responsables des associations de parents, étudiants en médecine, volontaires, autres publics captifs.	Forums organisés, églises, mosquées, temples, structures communautaires existantes, lieux de réunions, bars, événements sportifs.	Forums organisés et événements « formations des formateurs », séminaires, spots radio régionaux et nationaux, discussions interactives, télévision, réunions, supports papier, dépliants, événements spéciaux.	Sensibiliser et agir en tant qu'agents du changement dans les zones d'intervention.
Tertiaire	État, organisations partenaires, donateurs.	Réunions interactives et de coordination.	Dépliants, radio, TV, réunions, séminaires, cérémonies, supports papier, ateliers, Internet, presse spécialisée.	Soutenir la stratégie d'éducation à l'hygiène à impact rapide et mutualiser les ressources.  Suivre les progrès et affiner les actions.

### 6.1.1 Le rôle des écoles

Les écoles sont fréquemment ciblées, car les filles et les garçons scolarisés peuvent transmettre rapidement et efficacement des messages de santé dans les secteurs à desservir. Les écoles peuvent également servir de plateformes pour collecter des données et mettre en place des actions de surveillance. Les universités, les facultés et les groupes de jeunes peuvent également souhaiter s'investir dans les actions menées pour lutter contre le choléra.

#### **Encadré 12 : Utiliser les écoles pour communiquer des messages sur le choléra dans la région d'Oromia en Éthiopie**

Dans la région Oromia en Éthiopie, Oxfam et l'UNICEF ont pu adresser leurs messages de prévention et de lutte contre le choléra à des centaines de milliers de personnes par le biais des écoles et des leaders religieux en l'espace d'une semaine seulement. Il s'agissait là du moyen le plus rapide pour atteindre autant de personnes dans des foyers souvent dépourvus de radio ou de télévision.

Les responsables des clubs Santé et Croix-Rouge (un par école) et les leaders religieux (deux par village) ont suivi une formation sur deux jours et reçu des supports d'IEC portant sur le choléra pour les aider à former à leur tour les élèves, les étudiants ou les congrégations. Certaines écoles ont fermé pendant une semaine et renvoyé les enfants dans leurs villages pour permettre ce travail de proximité. Les écoles ont également créé un panneau d'informations générales où les étudiants peuvent enregistrer les cas apparus dans leurs villages. Le centre de santé s'est basé sur ces données pour le suivi et le ciblage.

Il convient de ne pas se limiter à cibler les écoles, car dans certains pays les écoles sont fermées dans les premières semaines d'une épidémie de choléra (comme en Haïti en 2010/2011). Si les communautés ont pour habitude d'écouter ou d'avoir accès à des émissions radio, ce mode de communication est idéal pour diffuser des messages, surtout dans les communautés les plus reculées, comme ce fut également le cas en Haïti en 2010/2011 pour lutter contre le choléra.

## 7. Suivi

### 7.1 Suivi des activités du programme

Plusieurs activités des programmes de lutte contre le choléra nécessitent un suivi méticuleux. Lors des premières phases d'un programme de lutte contre le choléra, il est essentiel de suivre les changements de pratiques réellement opérés par les populations ciblées, par ex. les différents groupes cibles mettent-ils tout en œuvre pour rompre le cycle de transmission du choléra ? L'évaluation de la compréhension ou la sensibilisation des différents groupes peut avoir lieu ultérieurement dans le cycle du programme et contribuer à la mise en place des prochains programmes de préparation et de lutte contre la maladie. Des exemples de formulaires de suivi et une mini-étude de référence sur le choléra sont fournis dans la [Ressource 10.17](#).

### 7.2 Cadre de suivi

Au vu du caractère changeant de la propagation du choléra, un suivi doit être assuré au minimum une fois toutes les deux semaines. Par la suite, si la situation le permet, passez à un suivi mensuel. Ce régime de suivi permettra à l'équipe de PHP d'identifier les zones où les comportements n'arrêtent pas la propagation du choléra, afin d'y renforcer ses actions. Il lui permettra également d'évaluer l'efficacité des activités menées en matière d'hygiène, puis, conformément à la gestion du cycle du programme, d'opter pour des activités plus efficaces.

Le Tableau 3 décrit le cadre de suivi inspiré de l'intervention d'Oxfam GB en Haïti en 2010. L'analyse des données est essentielle et la collecte des données ne doit pas se limiter à un simple exercice dont il faut s'acquitter. L'analyse de toutes les données doit permettre de rendre toutes les actions pertinentes et bénéfiques dans la lutte contre le choléra.

**Tableau 3 : Exemple de cadre de suivi dans la lutte contre le choléra**

	Cadre de suivi					
	Mini-étude de référence initiale sur le choléra	Post-distribution de kits de prévention du choléra	Suivi de la chloration de l'eau dans les foyers	Formulaire de suivi des PHP dans les foyers	Utilisation des latrines dans les foyers	Suivi et observation des PRO
<b>Fréquence de la collecte des données</b>	Dans les 2 semaines à compter du début du programme	Après chaque distribution	Toutes les semaines	Toutes les 2 semaines	Toutes les 2 semaines	Toutes les 2 semaines
<b>Nb. de foyers à étudier</b>	10 % du nb. total de foyers	10 % du nb. total de foyers	50 échantillons par site et par semaine	10 % du nb. total de foyers	100 % des latrines	100 % des PRO
<b>Échéance pour la 1<sup>re</sup> collecte de données</b>	Dans les 3 semaines à compter du début du programme	Dans les 2 semaines suivant la première distribution	Toutes les semaines	Dans les 2 semaines après le premier suivi	Dans les 2 semaines suivant la première étude de référence	Dans les 2 semaines suivant la création du PRO
<b>Échéance pour la 1<sup>re</sup> analyse des données</b>	Dans les 4 semaines à compter du début du programme	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Toutes les semaines	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Dans la semaine suivant la collecte des données de suivi

<b>Échéance pour la 2<sup>e</sup> collecte de données</b>	s.o.	Dans les 2 semaines suivant la 2 <sup>e</sup> distribution	Toutes les semaines	2 semaines à compter de la 1 <sup>re</sup> date de suivi	Selon le résultat de la première analyse, toutes les 2 semaines ou une fois par mois	Toutes les 2 semaines
<b>Échéance pour la 2<sup>e</sup> analyse des données</b>	s.o.	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Toutes les semaines	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Dans la semaine suivant la collecte des données de suivi
<b>Échéance pour la 3<sup>e</sup> collecte de données</b>	s.o.	Dans les 2 semaines suivant la 3 <sup>e</sup> distribution	Toutes les semaines	2 semaines à compter de la 2 <sup>e</sup> date de suivi	Selon le résultat de la première analyse, toutes les 2 semaines ou une fois par mois	Toutes les 2 semaines
<b>Échéance pour la 3<sup>e</sup> analyse des données</b>	s.o.	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Toutes les semaines	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Dans la semaine suivant le début de la collecte des données de suivi	Dans la semaine suivant la collecte des données de suivi

Source : Adapté des actions de lutte contre le choléra d'Oxfam GB en Haïti (2010)



## **8. Coordination**

### **8.1 Comités de coordination nationaux et sur le terrain**

Lors d'une épidémie de choléra, les programmes d'intervention doivent être inclus simultanément dans de nombreuses activités. Pour obtenir rapidement l'impact souhaité, il convient de mettre en place une coordination bien planifiée sur le terrain, surtout si l'épidémie est très étendue sur le plan national.

De puissants comités de groupes de travail/coordination doivent être créés et inclure divers ministères et services (santé, eau/assainissement, éducation, etc.) aux côtés des organisations internationales et des représentants des communautés locales.

Ces comités doivent se coordonner et partager l'ensemble des informations sur les ressources, les besoins et autres considérations stratégiques. Si possible, il est important que les participants clés des comités ne changent pas pendant l'épidémie ou au moins pendant les premières semaines de l'épidémie. L'égalité hommes/femmes doit être garantie à tous les niveaux des comités. Chaque comité doit essayer d'écouter le point de vue des différents groupes, y compris celui des groupes minoritaires et des personnes en situation de handicap physique.

Les tâches des comités doivent inclure les points suivants :

- déterminer les domaines d'intervention prioritaires ;
- développer une stratégie d'intervention standard, mais souple (protocoles et directives) ;
- développer des stratégies pour sensibiliser et impliquer la communauté ;
- organiser les ressources humaines, avec des programmes de formation et des calendriers pour superviser le personnel et les volontaires ;
- créer des systèmes de surveillance et mettre en place un suivi et une évaluation ;
- coordonner tous les partenaires impliqués.

Il est indispensable de maintenir une communication et une coordination constantes avec le ministère de la Santé et les organisations proposant des services médicaux comme Médecins Sans Frontières. Les informations fournies par les CTC peuvent permettre aux équipes de PHP d'identifier les zones géographiques et les classes d'âge à cibler. En Papouasie, une telle coordination a permis d'identifier les zones fortement infectées, mais négligées, et de déployer immédiatement les moyens adéquats.

Oxfam GB travaille étroitement avec les ministères de la Santé et les ONG médicales impliquées dans la création des CTC. Au besoin, Oxfam GB peut :

- former le personnel d'autres ONG pour préparer les diverses solutions chlorées dans les zones clés au sein du CTC ;
- aider à définir des mesures d'isolement et d'assainissement adéquates dans le CTC, avec des pédiluves (chlorés), des zones pour se laver les mains (chlorées), l'élimination des déchets médicaux (brûlés/incinérés) ;
- construire des toilettes et des salles de bains dans les CTC pour les patients et le personnel ;
- créer des sources d'eau indépendantes pour le CTC, en respectant la recommandation minimum de 40 l par jour pour un patient externe et de 60 l par jour pour un patient hospitalisé ;
- chlorer l'approvisionnement en eau du CTC à 0,5 mg/l au point de collecte ;

- suivre et contrôler le chlore résiduel à chaque remplissage des réservoirs ;
- créer des PRO communautaires là où la population a de longues distances à parcourir avant d'atteindre un CTC ou une unité de traitement du choléra (UTC).

Voir la [Ressource 10.10](#) pour obtenir des directives en matière d'hygiène, d'assainissement et d'isolement dans les CTC et la [Ressource 10.11](#) pour des directives sur la création de PRO.

Au début d'une épidémie de choléra, des réunions de coordination doivent être organisées tous les jours. Elles doivent avoir lieu à tous les niveaux de la coordination, des réunions nationales à celles concernant une zone infectée locale. Une fois l'épidémie de choléra stabilisée, ces réunions peuvent s'espacer et être organisées une fois par semaine, puis toutes les deux semaines. Cet espacement des réunions ne peut être anticipé et dépend des besoins et de la décision des personnes qui y participent.

## **9. Retrait du programme**

À l'instar de tout programme d'urgence faisant suite à un événement soudain, il convient dès le départ d'identifier une stratégie de retrait et de l'intégrer dans le programme.

L'identification d'une stratégie de retrait pertinente dans un programme autonome de lutte contre le choléra peut s'avérer délicate, surtout si les actions menées sont ancrées dans un contexte endémique ou dans un projet à long terme. Un programme d'intervention contre le choléra aborde divers problèmes sur le plan national et communautaire. C'est pourquoi un retrait ne peut pas se baser simplement sur des indicateurs épidémiologiques. La stratégie de retrait doit intégrer une approche plus exhaustive. Les activités et stratégies de retrait efficaces doivent rester souples, selon le contexte.

Tenez compte des principaux aspects suivants dès le début du programme de lutte contre le choléra.

### **9.1 Associer la lutte contre le choléra aux programmes nationaux**

Compte tenu des implications à plus long terme et des liens avec les programmes nationaux existants, il est important de renforcer la lutte contre le choléra afin de garantir des actions plus durables. Au Zimbabwe, par exemple, les tendances en matière de choléra ont fourni des informations importantes pour une intervention à plus long terme dans 10 districts présentant un fort taux d'infection, consacrée à l'accès à l'eau salubre et à l'amélioration des pratiques en matière d'hygiène et d'assainissement.

La décision du retrait doit se baser ou essayer d'influer sur la stratégie nationale existante et s'accompagner généralement d'une phase de transition. Cela n'est toutefois pas toujours possible. Par exemple, à Petite Rivière en Haïti (2010/2011), un programme de transition de six mois n'a pu être déployé, car il n'était pas conforme à la stratégie de santé publique sur trois ans du pays. Il est essentiel d'envisager toute programmation à plus long terme, comme en RDC (2011) où, dans le cadre du programme d'éducation à long terme, les comités de parents d'élèves ont été formés et des plans d'action ont été développés pour prévenir toute nouvelle épidémie de choléra.

### **9.2 Développer des programmes de préparation au choléra pour les prochaines épidémies**

Dans les pays où des programmes de lutte contre le choléra ont été intégrés aux stratégies/programmes de pays, une part essentielle de la stratégie de retrait consiste à s'assurer que les programmes de pays et communautaires de réduction des risques de catastrophes (RRC) intègrent le choléra. Une formation appropriée doit être dispensée pour répondre aux prochaines épidémies de choléra et des tableaux d'actions d'urgence doivent être développés. Tous les programmes de réduction des risques de catastrophes et du choléra doivent inclure un guide pas-à-pas pour permettre des actions rapides.

Par exemple, en RDC (2011), le plan de retrait du programme de lutte contre le choléra incluait une formation sur deux jours des enseignants dans 15 des écoles les plus vulnérables. Avec le soutien des bureaux locaux en charge de l'eau et de l'assainissement, les plans d'action dans la zone cible se sont également révélés essentiels dans l'organisation d'un retrait plus durable,

soulignant comment faciliter les activités de prévention du choléra et les mesures à prendre en cas d'épidémie.

Toutefois, à moins de convenir et d'assurer le suivi et le soutien des communautés affectées, même à distance, celles-ci peuvent ne pas être en mesure d'appliquer complètement leur plan de réduction des risques de catastrophes, car elles ne disposent pas de tous les supports et équipements nécessaires.

### **9.3 Renforcer la capacité locale à s'appropriier la gestion des activités de santé publique**

L'évaluation de la capacité des parties prenantes est cruciale dans la mise en œuvre des activités du programme dans le cadre d'un partenariat. Dans de nombreux programmes de lutte contre le choléra, la collaboration avec le ministère de la Santé reste difficile, principalement en raison de la lenteur du processus de mise en œuvre, d'un manque d'engagement et/ou de carences au niveau du personnel (hommes et femmes), ainsi que de capacités techniques insuffisantes.

Une recommandation découlant des actions de lutte contre le choléra en Haïti (2010/2011) fut de s'abstenir d'établir un partenariat total avec le ministère de la Santé là où Oxfam GB n'avait pas de présence ou d'engagement à long terme et où les actions ne devaient pas s'étendre au-delà de six mois. En RDC (2011), toutefois, le personnel du bureau de santé local de Lukolela a été formé à la gestion de la chloration des points d'eau. Dans ce cas, Oxfam GB a donné du chlore au personnel du bureau de santé, aux côtés des volontaires qualifiés de la communauté qui ont continué la chloration des points d'eau suite au retrait d'Oxfam GB. Il convient de préciser que la RDC était (et continue d'être) un pays où le choléra est endémique, tandis qu'Haïti n'avait aucune expérience en matière de choléra depuis plus d'un siècle au moment du déploiement des actions de lutte contre le choléra. Le personnel du ministère de la Santé en Haïti n'avait donc aucune expérience ni politique nationale à appliquer, ce qui a nettement compliqué l'établissement d'un partenariat avec le ministère au début de l'épidémie.

La décision de renforcer ou non les capacités des ministères concernés lors d'un événement soudain ou d'un programme court doit être envisagée en tenant compte de l'engagement à long terme d'Oxfam GB, de l'engagement et des niveaux de recrutement des ministères concernés pour mettre en œuvre les actions de prévention du choléra, ainsi que du besoin urgent de contrôler rapidement et directement l'épidémie de choléra.

### **9.4 Encourager les ministères concernés à améliorer la qualité de l'eau et de l'assainissement**

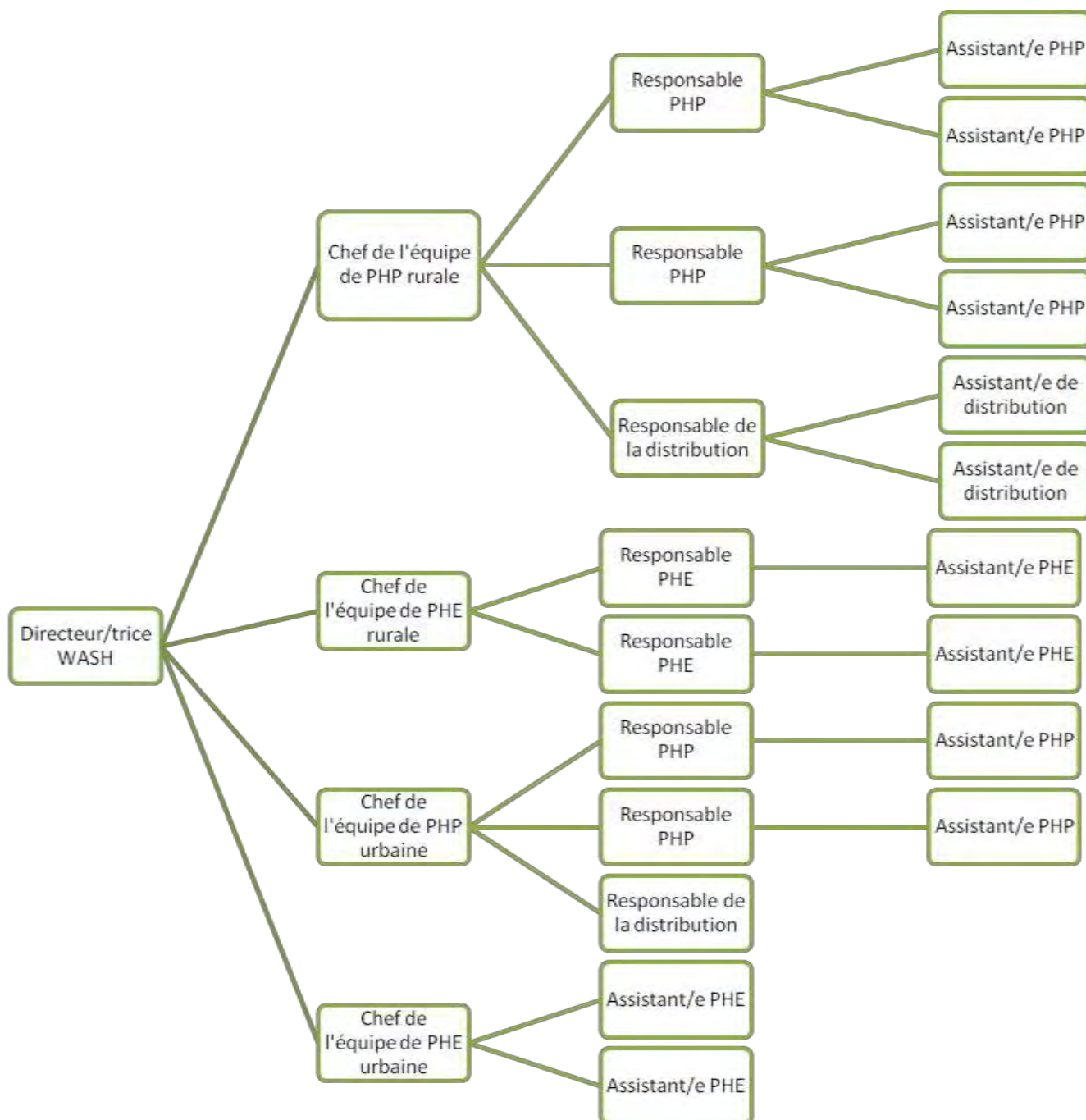
Suite à la notification des derniers cas de choléra, il est recommandé de continuer à promouvoir l'hygiène afin de prévenir et de mieux gérer les prochaines épidémies. Néanmoins, si les systèmes d'alimentation en eau et les systèmes d'assainissement de base ne sont pas améliorés, l'impact à long terme risque d'être minime. Par conséquent, toute action d'Oxfam GB dans les pays où le choléra est endémique doit inclure des campagnes destinées à inciter l'État à prendre ses responsabilités, à améliorer l'accès à une eau salubre et aux services de santé, d'hygiène et d'assainissement, et à garantir une planification et une mise en œuvre adéquates des programmes WASH.

Attention : même si le lobbying peut s'avérer efficace pour permettre au programme WASH d'atteindre une couverture universelle, cela a peu de chance de se produire à court terme. Les programmes nationaux doivent être encouragés à se concentrer sur la préparation aux risques de catastrophe, car cette préparation sera requise pendant un certain temps et à différents niveaux dans les pays où le choléra est endémique.

## 10. Ressources

### Ressource 10.1 : Exemple de recrutement d'une équipe chargée de la lutte contre le choléra

Figure 2 : Exemple d'organigramme à Cap-Haïtien, Haïti, 2010



Source : Adapté de l'atelier sur les « enseignements tirés » organisé par l'équipe chargée de la lutte contre le choléra d'Oxfam GB à Cap-Haïtien, mars 2011

## Explication de l'organigramme

Lorsque la situation le permet, employez le même nombre d'hommes et de femmes pour garantir une programmation plus efficace et plus équilibrée.

Dans le cadre de l'engagement d'Oxfam GB en matière de parité, il convient également de respecter quelques exigences indiscutables :

- En matière de recrutement, il est indispensable que les candidats démontrent leur volonté de traiter les hommes et les femmes sur un pied d'égalité dans tous les aspects de la vie et, le cas échéant, de résoudre les inégalités hommes/femmes dans leur domaine d'intervention.
- En termes d'activités génératrices de revenus, les femmes doivent toujours être ciblées de façon explicite.
- Le personnel d'Oxfam GB doit promouvoir et soutenir des méthodes de travail qui permettent une pleine participation des hommes et des femmes à la fois dans la vie professionnelle et dans la vie familiale.

Avec cet exemple d'organigramme, toutes les actions menées ont bénéficié au total à 68 000 familles (environ 340 000 personnes). Le programme de Cap-Haïtien avait été divisé entre zones rurales et zones urbaines. La section rurale a concerné 30 336 familles dans trois grands districts. La section urbaine a quant à elle bénéficié à 37 666 familles concentrées exclusivement dans les zones de bidonvilles à haut risque de Cap-Haïtien.

Conformément au protocole de l'État d'Haïti, aucune distribution générale de kit de prévention du choléra n'a eu lieu dans le cadre de la stratégie de lutte contre le choléra d'Oxfam GB. Toutefois, Oxfam GB a réalisé trois distributions mensuelles de sachets de traitement de l'eau dans 14 000 foyers à haut risque (soit environ 70 000 bénéficiaires). Aucune nouvelle source d'approvisionnement en eau n'a été créée, les principales activités s'articulant autour de la chloration des réserves d'eau existantes au niveau des points de collecte d'eau et de l'installation de réservoirs d'eau provisoires à partir de sources existantes afin de permettre la chloration à la source de l'eau de boisson.

De plus, dans le cadre des activités liées au programme en milieu urbain, les PHP ont travaillé avec deux ONG locales et les travailleurs de proximité du ministère de la Santé pour gérer 50 PRO dans des zones fortement infectées par le choléra. Le personnel des partenaires a également mené des activités de promotion de l'hygiène.

## Ressource 10.2 : Exemples de profils de poste pour le personnel de santé publique en matière de choléra<sup>7</sup>

### **Encadré 13 : Cahier des charges – Coordinateur PHE/PHP au sein de l'équipe chargée de la lutte contre le choléra**

(Niveau B/C)

#### **Principales responsabilités**

##### **Expertise technique**

- En collaboration avec le coordinateur PHP (PHE), finaliser la stratégie sur le choléra en Haïti et le cahier des charges de l'équipe en charge de la lutte contre le choléra.
- Fournir une assistance technique au personnel technique sur les activités des PHE (PHP) directement liées aux actions de lutte contre le choléra, notamment les ressources de conception, les stratégies de mise en œuvre, ainsi que le suivi des activités du programme. **Les commentaires se baseront souvent sur les rapports d'avancement hebdomadaires envoyés par les responsables du programme dans chaque zone.**
- Aider les chefs d'équipe des PHE (PHP) à résoudre les problèmes de conception et de mise en œuvre concernant uniquement les actions de lutte contre le choléra dans leurs programmes.
- Aider les chefs d'équipe des PHE (PHP) à clarifier et à comprendre les objectifs, les plans de travail, les exigences de reporting, les plannings de projets et les mesures de redevabilité des PHE (PHP).
- Analyser les activités techniques du programme et identifier des moyens pour améliorer la qualité et optimiser les opportunités d'apporter des améliorations techniques.

##### **Interaction avec les programmes de PHE (PHP)**

- En collaboration avec le coordinateur PHE (PHP), garantir l'intégration complète des actions de lutte contre le choléra, la compréhension des attentes de la communauté et le développement de stratégies communes afin de répondre aux attentes, conformément aux paramètres stratégiques d'Oxfam en matière de choléra.
- S'assurer que toutes les interventions encouragent la participation de la communauté et sont sensibles/répondent aux questions de diversité et d'inégalités hommes/femmes.

##### **Formation/apprentissage**

- Soutenir les responsables du programme, les chefs d'équipes de PHE (PHP) et, le cas échéant, le coordinateur WASH national dans l'évaluation des besoins en formation du personnel PHE (PHP) local en matière de prévention du choléra.
- Consigner les enseignements tirés par les PHE (PHP) sur chaque site et faciliter le transfert des connaissances d'un projet à un autre.

##### **Coordination**

- Entretenir des relations étroites avec le coordinateur MEAL (Monitoring Evaluation Accountability and Learning, ou Suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage) pour concevoir un cadre de suivi. En l'absence de coordinateur MEAL, cette responsabilité incombe directement aux coordinateurs PHP (PHE).
- Représenter Oxfam GB dans toutes les réunions du cluster WASH à l'échelle nationale et dans les groupes de travail technique engagés dans la lutte contre le choléra.

<sup>7</sup> Tous les exemples de cahier des charges sont des profils de poste de travail internes d'Oxfam GB.

- Collaborer à et organiser des réunions hebdomadaires avec les responsables techniques du programme national d'Oxfam GB.

### **Responsabilités managériales**

- À confirmer.

### **Gestion du budget et responsabilités**

- À confirmer.

### **Autres activités**

Participer pleinement à la rédaction des points techniques des notes de synthèse, des propositions et des rapports pour les donateurs.

### **Résultats**

- Une stratégie de lutte contre le choléra finalisée ;
- Au besoin, un cadre de suivi du choléra finalisé ;
- Un cahier des charges finalisé pour les chefs d'équipes de PHE (PHP) ;
- Un cahier des charges finalisé pour le responsable et les assistants PHE (PHP) ;
- Un document sur les méthodes de travail finalisé avec les responsables techniques du pays ;
- Des plans de travail bimensuels avec objectifs ;
- Un rapport mensuel sur les activités en cours, les défis rencontrés et le travail de suivi requis ;
- Un tableau du personnel PHE (PHP) pour tous les programmes sur le choléra requérant un personnel de santé publique de niveau C et, au besoin, de niveau D ;
- Des documents sur le programme de formations ;
- Un document sur les enseignements tirés et les recommandations pour les prochaines interventions de lutte contre le choléra dans le monde.

## **Encadré 14 : Cahier des charges – Chef d'équipe des PHE chargés de la lutte contre le choléra**

**(Niveau C)**

### ***Principales responsabilités***

#### **Expertise technique**

- Participer pleinement aux évaluations techniques et/ou les faciliter.
- Diriger la sélection, la conception et la construction de systèmes d'approvisionnement en eau utilisant de l'eau souterraine ou de surface, incluant captage, stockage, traitement et distribution pour les nouveaux systèmes ou réhabilitation pour les systèmes existants.
- Évaluer les besoins en matière d'assainissement, et s'il est jugé nécessaire dans le programme sur le choléra et conformément à la stratégie sur le choléra, concevoir et mettre en œuvre le système d'assainissement le plus approprié en consultation avec les bénéficiaires hommes et femmes, y compris l'élimination des excréments, l'élimination des déchets, le contrôle des vecteurs de la maladie et le drainage.
- Évaluer continuellement les besoins d'urgence, si nécessaire, en envisageant la santé publique au sens large.
- S'assurer que le travail réalisé répond aux exigences minimales du projet SPHÈRE.
- Faciliter et participer à la mobilisation de la communauté.
- S'assurer que l'ensemble du travail technique reflète les besoins et les préférences des différents groupes cibles.



### **Formation/apprentissage**

- S'assurer que les membres de l'équipe de PHE connaissent parfaitement la stratégie sur le choléra et que toutes les activités des PHE sont conformes à celles de la stratégie.
- Saluer régulièrement les performances des responsables et des assistants PHE dans votre équipe et identifier les domaines requérant un soutien et un renforcement des capacités.
- Participer pleinement aux événements d'apprentissage dans votre zone géographique.

### **Coordination**

- Entretenir des relations étroites avec le chef d'équipe de PHP tout au long des phases de planification, de conception et de mise en œuvre des activités des PHE. La promotion de l'hygiène est un élément crucial pour ces programmes de PHE, surtout dans le cadre de la lutte contre le choléra.
- Représenter Oxfam GB aux réunions du cluster WASH à tous les niveaux géographiques et dans les groupes de travail technique engagés dans la lutte contre le choléra.
- Collaborer et organiser des réunions hebdomadaires avec le personnel soutenant le programme (logistique et finance, par exemple).

### **Responsabilités managériales**

- Recruter l'équipe technique conformément à l'organigramme convenu.
- Assurer la gestion quotidienne de l'équipe technique dont vous avez la charge.
- Définir des objectifs avec le personnel dont vous avez la charge.
- S'assurer que votre équipe coordonne et intègre les membres de l'équipe de PHP.
- Veiller à tenir compte des questions de genre.
- Rendre régulièrement des comptes (oralement ou par écrit) au responsable du projet ou au coordinateur PHE sur le choléra et représenter Oxfam auprès des autres ONG, organisations et autorités gouvernementales, au besoin.
- Commander les équipements requis auprès du service Achats d'Oxfam, en organisant ponctuellement des achats locaux tout en tenant les comptes.

### **Gestion du budget et responsabilités**

- À confirmer.

## **Encadré 15 : Cahier des charges – Chef d'équipe des PHP chargés de la lutte contre le choléra**

**(Niveau C)**

### ***Principales responsabilités***

#### **Expertise technique**

- Si le programme est prévu sur plus de trois mois, s'adapter et s'assurer qu'une mini-étude de référence sur le choléra est réalisée dans les quatre semaines à compter du début des activités.
- Identifier les différents groupes cibles dans la zone géographique.
- En coordination avec le coordinateur PHP, réviser et adapter les supports de formation sur le choléra selon le contexte local et les groupes cibles à former.
- En coordination avec le coordinateur PHP, réviser et adapter tous les supports d'IEC selon le contexte local. Cela doit être établi comme un plan de communication.
- En coordination avec le coordinateur MEAL, s'assurer que tout le suivi est réalisé conformément au format de suivi convenu. En l'absence d'un coordinateur MEAL, se reporter au coordinateur PHP.

- Évaluer continuellement les besoins d'urgence, si nécessaire, en envisageant la santé publique au sens large.
- Faciliter et, au besoin, participer aux distributions de kits de prévention du choléra avec l'équipe de distribution.
- S'assurer que le travail réalisé répond aux exigences minimales du projet SPHÈRE.
- Aider votre PHP à mobiliser la communauté, et y participer au besoin.
- S'assurer que l'ensemble du travail technique reflète les besoins et les préférences des différents groupes cibles.

### **Formation/apprentissage**

- S'assurer que les membres de l'équipe de PHP connaissent parfaitement la stratégie sur le choléra et que toutes les activités des PHP sont conformes à celles de la stratégie.
- Saluer régulièrement les performances des responsables et des assistants PHP dans votre équipe et identifier les domaines requérant un soutien et un renforcement des capacités.
- Participer pleinement aux événements d'apprentissage dans votre zone géographique.

### **Coordination**

- Entretenir des relations étroites avec le chef d'équipe des PHE tout au long des phases de planification, de conception et de mise en œuvre des activités de santé publique. La promotion de l'hygiène est un élément crucial pour ces programmes de PHE, surtout dans le cadre de la lutte contre le choléra.
- Représenter Oxfam GB aux réunions du cluster WASH à tous les niveaux géographiques et dans les groupes de travail technique engagés dans la lutte contre le choléra.
- Collaborer et organiser des réunions hebdomadaires avec le personnel soutenant le programme (logistique et finance, par exemple).

### **Responsabilités managériales**

- Recruter l'équipe technique conformément à l'organigramme convenu.
- Assurer la gestion quotidienne de l'équipe technique dont vous avez la charge.
- Définir des objectifs avec le personnel dont vous avez la charge.
- S'assurer que votre équipe coordonne et intègre les membres de l'équipe de PHE.
- Veiller à tenir compte des questions de genre.
- Rendre régulièrement des comptes (oralement ou par écrit) au responsable du projet ou au coordinateur PHP sur le choléra et représenter Oxfam auprès des autres ONG, organisations et autorités gouvernementales, au besoin.
- Commander les équipements requis auprès du service Achats d'Oxfam, en organisant ponctuellement des achats locaux tout en tenant les comptes.

### **Gestion du budget et responsabilités**

- À confirmer.

## Ressource 10.3 : Exemple de stratégie modifiée sur le choléra : Haïti, décembre 2010<sup>8</sup>

### Objectif général

Les interventions menées par Oxfam GB pour lutter contre le choléra contribuent à protéger la santé des populations affectées par le choléra dans ou à proximité des camps et des communautés de la zone métropolitaine de Port-au-Prince dans laquelle nous intervenons déjà, ainsi que dans la province d'Artibonite et à Cap-Haïtien. Si des fonds supplémentaires sont disponibles, Oxfam GB aspire à couvrir davantage de personnes à Cap-Haïtien et dans la province d'Artibonite plutôt que d'intervenir dans de nouvelles zones, tout en recommandant que d'autres acteurs humanitaires combler les lacunes. Oxfam GB envisagera d'intervenir dans une nouvelle zone uniquement dans des circonstances exceptionnelles.

Oxfam GB n'est pas un prestataire de services de santé et ne s'engage donc pas dans le traitement des personnes infectées. Toutefois, en raison de la nature de l'épidémie, l'organisation se coordonne, coopère et échange des informations avec les ONG médicales et/ou le ministère de la Santé dans tous les lieux où elle intervient, ainsi qu'au niveau national (cluster de santé et WASH).

En Haïti, Oxfam GB occupe une position forte pour défendre et influencer ceux qui ont le mandat et l'expertise pour fournir des services de santé. Par conséquent, l'organisation reçoit des analyses et des informations de terrain sur la façon dont l'épidémie est gérée. Elle donne des conseils et soulève des questions relatives aux moyens d'améliorer les actions menées dans le secteur de la santé et d'étendre la couverture de ces actions dans des zones qui ne bénéficient pas d'une attention appropriée.

### Principes généraux sur les méthodes de travail

- L'eau de boisson doit être chlorée conformément à la concentration minimale de 0,3-0,5 mg/l préconisée dans le projet SPHÈRE pour l'eau de boisson stockée à domicile<sup>9</sup> tant que l'épidémie de choléra est active dans les zones couvertes par le programme. Dans les propositions de programme, on part du principe qu'une épidémie dure entre trois et cinq mois, selon les données épidémiologiques relevées.
- Identifiez les zones à haut risque en recourant à des indicateurs intermédiaires sur la qualité de l'eau.
- Axez les actions sur la prévention de la propagation de la maladie dans les zones à haut risque, à savoir en milieu urbain où une forte densité de la population s'ajoute à une qualité médiocre de l'eau de boisson, ou en milieu rural où l'accès à l'eau potable est difficile dans les zones où les établissements de soin de santé sont rares, ainsi que dans les localités où les cas de choléra se multiplient.
- Collaborez le plus possible avec les structures WASH et de santé existantes : les autorités locales telles que le Conseil d'administration de la section communale, la Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement (l'autorité du gouvernement haïtien en matière d'eau et d'assainissement), la Société nationale d'Eau Potable, le ministère de la Santé publique et de la Population, la Direction de la protection civile, et les ONG partenaires.

<sup>8</sup> Adapté du document *Oxfam GB Cholera Strategy, Haiti, 2010-11*, rédigé par Elizabeth Lamond, Marion O'Reilly et Risaa Azzalani

<sup>9</sup> En raison de niveaux de contamination variés d'une zone à l'autre du programme, un avis professionnel est requis pour décider du niveau résiduel requis au point de chloration, par exemple 1 mg/l de CRL dans les réservoirs alimentés par gravité et 0,7 à 0,8 mg/l au point de remplissage des réservoirs.

- 
- Conformez-vous autant que possible aux politiques de la Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement et du ministère de la Santé publique et de la Population, en les adaptant au contexte spécifique sur le terrain.
  - Accédez aux données épidémiologiques (ventilées, si possible) afin de suivre les tendances.
  - Apportez votre contribution aux mécanismes de coordination afin de défendre vos actions et d'exercer une influence.
  - Déployez les ressources conformément à l'analyse des risques et de la vulnérabilité des différents groupes cibles.

**Tableau 4 : Directives sur le traitement de l'eau**

	<b>Rural – Cap-Haïtien Artibonite</b>	<b>Urbain – Cap-Haïtien</b>	<b>Camp – Port-au-Prince</b>	<b>Localités autour des camps</b>
<b>Distributions générales continues d'Aquatabs</b>	OUI – Voir ci-dessous	Pour 10 000 foyers	NON (mais décisions au cas par cas possibles)	NON
<b>Distribution ponctuelle d'Aquatabs pour un mois</b>	Zones où le Clorox et/ou les sources d'approvisionnement en eau (nouvelles ou améliorées) sont protégées	NON	NON (ou seulement en cas de circonstances extraordinaires)	Uniquement en cas d'urgence suite à un arrêt de l'approvisionnement normal (sécurité)
<b>PUR – Distribution générale continue</b>	Uniquement en cas de niveaux de turbidité supérieurs à 50 UTN	Uniquement en cas de niveaux de turbidité supérieurs à 50 UTN	NON	Uniquement en cas de niveaux de turbidité supérieurs à 50 UTN
<b>Clorox ou chlore liquide équivalent dans les foyers</b>	Pour une partie des foyers suite à la distribution initiale générale d'un mois afin d'encourager l'utilisation de produits locaux durables	Pour une partie des foyers suite à la distribution initiale générale d'un mois afin d'encourager l'utilisation de produits locaux durables	NON (mais décisions au cas par cas possibles)	Pour une partie des foyers suite à la distribution initiale générale d'un mois afin d'encourager l'utilisation de produits locaux durables
<b>Clorox ou chlore liquide équivalent dans les points d'eau<sup>10</sup></b>	NON	Si aucune autre méthode de traitement de l'eau n'est utilisée	NON	Si aucune autre méthode de traitement de l'eau n'est utilisée
<b>Eau chlorée en citerne</b>	Uniquement dans les camps existants	À Petite Anse uniquement	OUI	OUI
<b>Systèmes d'approvisionnement en eau provisoires, tels que des réservoirs souples, etc.</b>	NON	Pour systèmes de canalisation reliés à une source uniquement	NON (mais décisions au cas par cas possibles)	NON

<sup>10</sup> Il est essentiel de réaliser des essais de floculation dans chaque site où des méthodes de chloration des seaux sont encouragées au niveau des points d'eau et dans les foyers ; cela permet d'ajouter un volume adapté de chlore pour obtenir une concentration de chlore résiduel comprise entre 0,3 et 0,5 mg/l.

## **Interventions prioritaires sur le choléra dans les camps**

Améliorations à court terme :

- chloration de toute l'eau en citerne ;
- renforcement de la promotion de l'hygiène et adaptation des informations pour se concentrer sur la prévention du choléra ;
- distribution de savon dans les zones où des cas de choléra sont avérés.

## **Interventions prioritaires sur le choléra dans les autres sites (hors camps)**

- Distribution générale de kits de prévention du choléra certifiés par la DINEPA dans les localités rurales et semi-urbaines, conformément aux méthodes de travail générales spécifiées plus haut. Cependant, Oxfam GB n'assurera pas de distribution générale de savon ou de kits entiers de prévention du choléra dans les milieux urbains. Les sachets de traitement de l'eau distribués aux foyers doivent être adaptés au niveau de turbidité de l'eau de boisson, par ex., PUR en cas de forte turbidité.
- Afin d'encourager l'utilisation de produits locaux (plus durables à terme), le recours à du Clorox liquide (ou équivalent) pour chlorer les seaux d'eau de boisson des foyers est encouragé dans les communautés voisines des camps, dans les zones rurales identifiées et dans certaines zones de Cap-Haïtien où des améliorations à long terme pour protéger les sources d'approvisionnement en eau sont impossibles.
- Priorité aux familles/localités où aucune source d'approvisionnement en eau salubre<sup>11</sup> n'est disponible, avec des formations et des supports sur la chloration des seaux dans les foyers (dans les zones où il est possible de couvrir au maximum 10 000 foyers dans le mois suivant la distribution initiale générale de kits de prévention du choléra).
- Dans les localités où il n'existe aucune autre source d'approvisionnement en eau, ou s'il y a plus de 10 000 foyers sans accès à des sources d'eau salubre, poursuite de la distribution générale mensuelle de pastilles d'Aquatabs ou de PUR (voir le point ci-dessus).
- Réparations rapides des canalisations d'eau<sup>12</sup> et chloration des réservoirs/réservoirs de stockage.
- S'il est impossible de chlorer les réservoirs/réservoirs de stockage reliés au réseau de canalisations, installation d'une solution de stockage temporaire d'eau<sup>13</sup> pouvant être chlorée, si l'espace le permet.
- Si l'installation de réservoirs temporaires n'est pas possible aux fins de chloration, une formation des membres de la communauté à la chloration des seaux au niveau des points d'eau doit être dispensée. Attention avec cette activité, car il peut être plus pratique de distribuer des Aquatabs dans les foyers si la zone compte plus de 20 points de collecte d'eau.
- Suivi initial post-distribution du chlore résiduel pour l'eau de boisson stockée dans les foyers (minimum de 20 échantillons par localité).
- Suivi du chlore résiduel pour l'eau de boisson stockée dans les foyers, avec 10 échantillons aléatoires prélevés dans chaque localité toutes les deux semaines, réalisables par les personnes affectées à la chloration des seaux, les agents de santé, les PHP, les mobilisateurs de la communauté, etc.
- Ce suivi bimensuel peut être effectué parallèlement au renforcement des connaissances sur les messages clés de prévention du choléra/à la tenue d'un comité en charge de l'eau dans la communauté qui peut être formé et disposer des supports pour réaliser cette activité.

Tous les résultats d'analyse et de suivi de la qualité de l'eau DOIVENT être partagés avec la communauté par le biais de l'équipe de PHP.

---

<sup>11</sup> Puits ouverts cuvelés ou non, pompes manuelles dans les zones où la nappe phréatique est peu profonde, rivières et canaux d'irrigation.

<sup>12</sup> Ces réparations doivent être réalisées avant la fin du programme.

<sup>13</sup> Exemples de réservoirs de stockage temporaire : réservoirs souples de 10 m<sup>3</sup>, réservoirs rigides, etc., tous équipés de robinets.

## **Stratégie IEC pour la promotion de l'hygiène et la mobilisation de la communauté**

Les informations prioritaires communiquées par l'intermédiaire des activités IEC doivent se concentrer sur les points suivants :

- lavage des mains au savon avant de porter quoi que ce soit à la bouche ;
- bonne utilisation des méthodes de traitement de l'eau et promotion de l'eau chlorée pour l'eau de boisson ;
- préparation des sachets de SRO et des solutions préparées à domicile pour lutter contre la déshydratation ;
- identification précoce des signes et des symptômes, réhydratation et orientation vers les personnes appropriées.

Autres points à couvrir, au besoin :

- élimination plus saine des excréments, en les enterrant par exemple ;
- nettoyage des sachets d'eau de boisson achetés en magasin à l'eau chlorée et lavage des mains avant de les ouvrir ;
- préparation et stockage hygiéniques des aliments ;
- pratiques de manipulation sans risque des vomissures et des excréments des personnes infectées dans les foyers.

Bien qu'Oxfam ne participe pas activement aux enterrements des défunts, l'organisation fournit des conseils pour inhumer les dépouilles sans contaminer la nappe phréatique. À Port-au-Prince, un service existe pour le transport des corps pour les enterrements.

### **Communication et média**

- Communication de masse ; le recours à la radio pour diffuser les informations clés de la stratégie de lutte contre le choléra d'Oxfam peut inclure des spots radio et/ou des sessions de questions-réponses.
- D'autres approches peuvent être identifiées selon le contexte : mobilisateurs avec mégaphones, camions « publicitaires », pièces de théâtre et chansons.
- Dépliants, affiches, autocollants, prospectus, T-shirts, bannières, peintures murales : ces supports doivent être uniformisés en termes de contenu pour refléter au mieux les directives de la DINEPA/MSPP. Consultez l'équipe de lutte contre le choléra pour garantir qualité et cohérence. Cela est important dans les zones où les partenaires développent leurs propres supports et prévoient d'y apposer le logo d'Oxfam.

### **Distribution des kits de prévention du choléra conformément aux directives de la DINEPA**

- Les informations relatives à la distribution des kits de prévention du choléra doivent inclure des instructions d'utilisation pour le traitement de l'eau et les SRO.
- Pendant la distribution, des travailleurs communautaires de proximité doivent organiser des démonstrations pour le lavage des mains, le traitement de l'eau, l'utilisation des sachets de SRO et la préparation de solution salée-sucrée à domicile.

### **Activités communautaires de proximité**

- Dans les camps où Oxfam intervient et où une campagne de promotion de l'hygiène est en cours, les principales activités de promotion de l'hygiène doivent être adaptées aux spécificités du choléra. Par exemple, campagnes, concours, forums de

- discussion communautaires, clubs parentaux (mères et pères), vendeurs ambulants. Ces activités peuvent être adaptées à d'autres environnements, au besoin.
- Les visites dans les foyers sont consommatrices de main-d'œuvre et déconseillées comme stratégie générale de promotion de l'hygiène. Toutefois, dans les cas où elles peuvent s'avérer pertinentes, des discussions doivent en premier lieu être engagées avec l'équipe de lutte contre le choléra.
  - Activités prévues dans les écoles (formation des enseignants en tant que pairs éducateurs) et distribution des supports d'IEC.

Une répartition claire des rôles et responsabilités est essentielle pour tirer le meilleur profit d'une activité. Par exemple, pour la réparation/réhabilitation des systèmes d'approvisionnement en eau ou la chloration permanente des sources d'approvisionnement en eau, il est important d'aboutir à un protocole d'accord entre Oxfam et la communauté.

### **Formation des travailleurs communautaires de proximité**

Plusieurs hommes et femmes de la communauté peuvent participer aux les activités de mobilisation et de promotion de l'hygiène. Ces personnes ont toutes besoin d'une formation adaptée pour refléter leurs connaissances et leurs compétences, ainsi que leur rôle dans la diffusion des messages sur le choléra dans leurs communautés.

Afin d'harmoniser et de normaliser le contenu des diverses sessions de formation, un module de formation rapide sur le choléra adaptable à plusieurs types d'auditoires a été développé. Ce module doit être utilisé autant que possible pour garantir la cohérence et gagner du temps.

### **Rémunération**

- Aucune rémunération en espèces n'est prévue pour les volontaires. Ces derniers recevront un pack de ressources contenant des supports d'IEC et promotionnels (casquettes, T-shirts). Ils ne devraient pas travailler plus de quelques heures par semaine.
- Les agents de santé bénéficient d'incitations financières conformément aux accords signés avec les autorités locales (MSPP).
- Les mobilisateurs communautaires existants continueront à être rémunérés dans les camps. Toutefois, des discussions approfondies **doivent** avoir lieu avec l'équipe de lutte contre le choléra avant toute discussion avec la communauté sur l'embauche de tout nouveau mobilisateur.

### **Oxfam GB NE VA PAS mettre en œuvre, défendre ni soutenir les actions suivantes de lutte contre le choléra :**

- pulvériser ou désinfecter les maisons, les latrines et les articles ménagers ;
- pulvériser des produits pour réduire le nombre de mouches ;
- fournir des produits chlorés lorsque la population a déjà reçu de l'eau de boisson chlorée par citernes ou via un réseau de canalisations d'eau chlorée.

Justification de la décision de ne pas soutenir les pratiques de désinfection énoncées ci-dessus :



« Aucune étude publiée n'indique que la désinfection des foyers [ou des latrines] est efficace pour prévenir le choléra. Cela n'est pas surprenant, car aucun élément majeur ne semble aller dans ce sens. Les bactéries *vibrio cholerae* sont très sensibles à la dessiccation (elles meurent rapidement sur une surface sèche) et infectent la population par voie orale (donc, à moins de lécher le sol ou le mobilier, les risques d'infection sont minimes). Cette position est rendue claire par l'absence de référence à ce sujet dans les publications, qui ne le mentionnent **pas** comme mesure préventive, à l'instar des directives de l'OMS sur la lutte contre le choléra (1993).

En revanche, de nombreuses preuves attestent de l'importance du lavage des mains, de l'hygiène alimentaire et de l'élimination des excréments dans la lutte contre le choléra »

Sandy Cairncross, Professeur dans le domaine de la santé environnementale, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Rick Bauer, Conseiller PHE au sein du département humanitaire chez Oxfam GB. Novembre 2010

### **Stratégie de retrait**

Les discussions sont en cours avec l'équipe d'intervention d'urgence concernant la stratégie de retrait dans les camps de Port-au-Prince, notamment dans les sites où des cas de choléra sont toujours présents. La stratégie relative au choléra sera mise à jour avant fin décembre où des discussions sont programmées avec les responsables de l'équipe de réponse au tremblement de terre.

## Ressource 10.4 : Coûts et quantités de kits de prévention du choléra

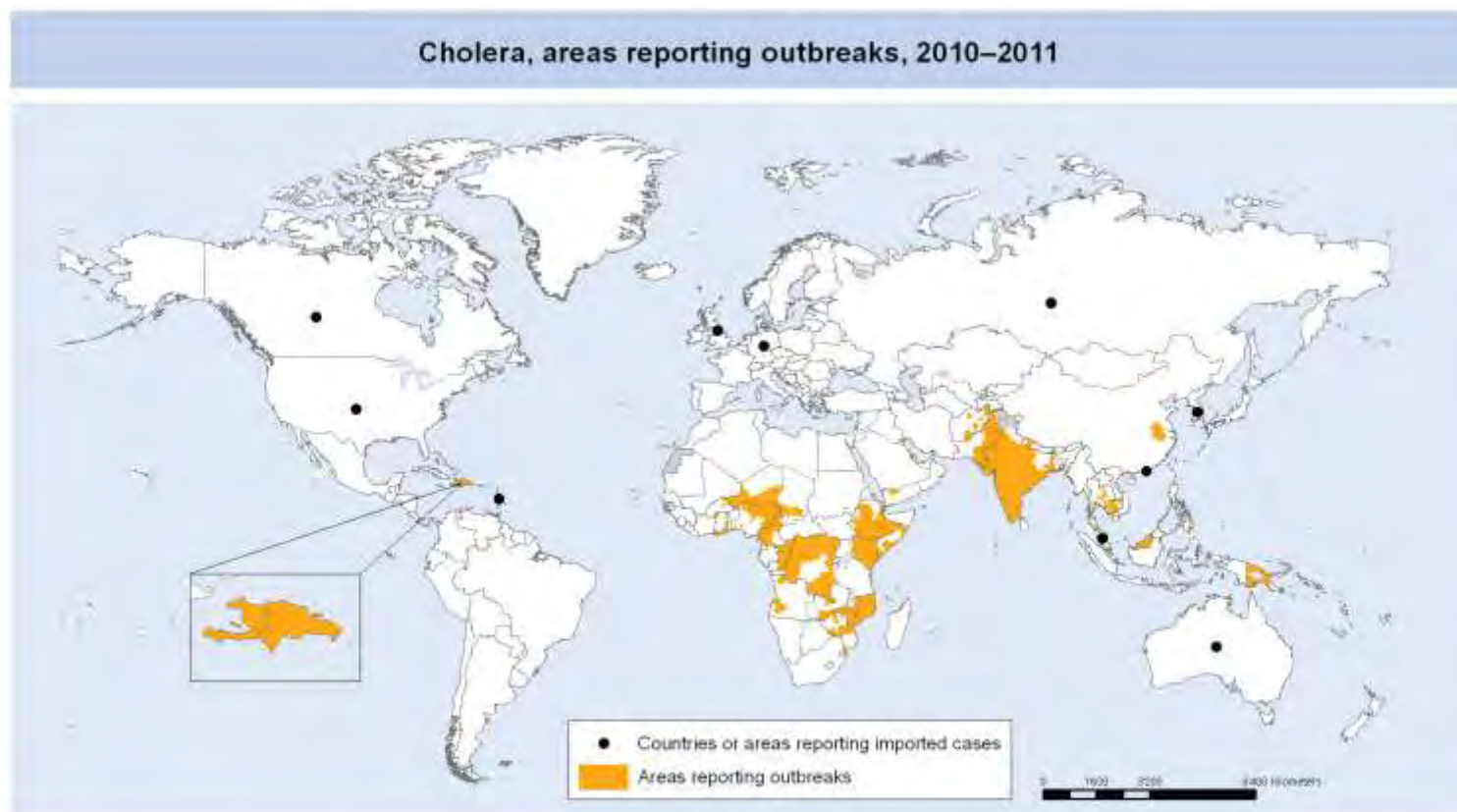
**Tableau 5 : Coûts des kits de prévention du choléra à Petite Rivière en Haïti (2010)<sup>14</sup>**

Pour 30 000 familles, à raison de cinq personnes par famille et trois distributions mensuelles ; 10 000 familles recevront de l'eau de Javel à la place des Aquatabs après la distribution du premier mois. Un coût supplémentaire a été prévu pour les SRO requises pour les **PRO** communautaires.

Produit	Unité	Coût unitaire (USD)	Quantité par famille	Coût pour le 1 <sup>re</sup> mois (USD)	Coût pour le 2 <sup>e</sup> mois (USD)	Coût pour le 3 <sup>e</sup> mois (USD)	Coût total (USD)
Aquatabs (33 mg/l)	Tablettes de 10 pastilles	0,46	12 tablettes (120 pastilles au total)	165 600	110 400	110 400	386 400
Savon	Barre de 250 g	0,50	5 barres	75 000	75 000	75 000	225 000
Sachet de SRO	1 sachet	0,35	2 sachets	21 000	0	0	21 000
Eau de Javel	500ml	1,1	1 flacon	0	11 000	0	11 000
Seringue jetable	Seringue de 5 ml (1x)	0,3	1 seringue	0	3 000	0	3 000
			Quantité mensuelle pour 30 PRO	Coût pour le 1 <sup>er</sup> mois (USD)	Coût pour le 2 <sup>e</sup> mois (USD)	Coût pour le 3 <sup>e</sup> mois (USD)	Coût total (USD)
Sachets de SRO pour les PRO	1 sachet	0,35	12 000 sachets (400 par PRO et par mois)	0	4 200	4 200	8 400
<b>Coûts totaux</b>				<b>261 600</b>	<b>213 600</b>	<b>189 600</b>	<b>654 800</b>

<sup>14</sup> D'après les kits de prévention du choléra utilisés par Oxfam GB lors du programme de déploiement des actions de lutte contre le choléra en Haïti en 2010-2011.

## Ressource 10.5 : Carte illustrant les pays du monde où le choléra est endémique



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Public Health Information  
and Geographic Information Systems (GIS)  
World Health Organization



Source : OMS (2012)

## Ressource 10.6 : Liste de contrôle à destination des responsables du programme en cas d'épidémie de choléra<sup>16</sup>

### Préparation au choléra

1. Développer un plan de préparation et de mise en œuvre des actions de lutte contre le choléra au moins deux mois avant la saison présumée propice à l'épidémie. Associer d'autres organisations et le ministère de la Santé dans la mise en place d'une stratégie plus vaste.
2. Actualiser la stratégie déployée lors de la précédente épidémie de choléra et la diffuser au sein de l'équipe. Cette stratégie doit s'articuler principalement autour des points suivants :
  - garantir un bon approvisionnement en eau de boisson chlorée ;
  - mettre à disposition des latrines et/ou des systèmes permettant une élimination saine des excréments, au besoin ;
  - mettre à disposition du savon pour se laver les mains ;
  - former le personnel ;
  - commander les produits essentiels et appropriés comme du savon, des récipients, des produits chimiques et des équipements de purification d'eau, des SRO et du chlore, et les acheminer au bon moment dans les zones risquant d'être fortement infectées ;
  - assurer une planification avec le ministère de la Santé, d'autres ONG et des organisations communautaires ;
  - travailler avec les communautés et renforcer les structures et les systèmes existants dans les zones d'intervention ;
  - concevoir avec tous les acteurs des systèmes de surveillance, de suivi et de reporting.
3. Se coordonner régulièrement

### Ressources requises

- personnel supplémentaire (hommes et femmes) ;
- équipements de manipulation de l'eau : réservoirs souples/gros réservoirs de stockage, bornes-fontaines, chlore ;
- divers consommables : sachets d'Aquatabs/PUR, savon, SRO, récipients d'eau (jerricans, seaux, cuvettes), carafes d'1 l, tasses, pastilles de purification de l'eau, mégaphones, fournitures de bureau ;
- transport supplémentaire ;
- matériaux pour construire des latrines d'urgence au besoin (surtout dans les camps) : bois, bâches en plastiques, outils pour creuser, cuvettes pour latrines, récipients pour le lavage des mains avec robinets, pédiluves, clous, corde.

### Premières actions en cas d'épidémie

1. Travailler avec les autres acteurs pour convenir de la définition d'un cas de choléra (si cette définition n'est pas encore approuvée).
2. Identifier une organisation leader pour confirmer l'épidémie, généralement le ministère de la Santé, l'OMS ou les organisations disposant d'équipements de test en laboratoire.
3. Recruter et former du personnel supplémentaire au niveau du programme et de la communauté ; une préparation adaptée peut contribuer à ce processus.
4. Planifier une stratégie d'intervention contre le choléra avec les équipes du programme.

---

<sup>16</sup> Directives internes d'Oxfam GB.

5. Commencer la mise en œuvre, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités. (Pour plus d'informations, veuillez consulter les chapitres correspondants de ce document).
6. Organiser et soutenir la coordination parmi les différents acteurs.
7. Définir avec tous les acteurs le mode épidémiologique de la maladie et, si possible, essayer de la contenir à un stade précoce.

### **Actions principales**

8. Permettre un approvisionnement en eau salubre adéquat (si possible).
9. Augmenter la chloration à tous les niveaux du cycle de l'eau, en se centrant pour commencer sur la distribution de sachets de chlore dans les foyers (Aquatabs, PUR, etc.) afin de permettre un délai suffisant pour mettre en place une chloration massive, la chloration des seaux à la source et, au besoin, la chloration au sein des foyers.
10. S'assurer que tous les récipients de collecte d'eau sont nettoyés.
11. Identifier différents groupes cibles et établir un plan de communication.
12. Former la population sur la chaîne de l'eau salubre.
13. Si la situation le permet, créer des coins SRO gérés par la communauté et requérant des systèmes de suivi simples.
14. Mener des campagnes d'hygiène dans les foyers et dans la communauté (par ex., sur les places publiques, sur les marchés, etc.).
15. Désinfecter les latrines communales à l'aide de chlorure de chaux ou de cendres.
16. S'assurer que des installations pour se laver les mains sont disponibles et fonctionnelles près de toutes les latrines et des étals de denrées alimentaires.
17. Fournir du savon pour se laver les mains.
18. Fournir des récipients d'eau supplémentaires dans les zones identifiées.
19. Impliquer les représentants de la communauté, les autorités locales et les leaders (hommes et femmes) à tous les niveaux du programme.

## Ressource 10.7 : Exemple de plan d'action pour la préparation au choléra d'Oxfam GB

Kebkabiya, Darfour, juin 2007

Activité	Date	Intervenant	Notes
<b>Coordination/réunions avec les parties prenantes</b>			
Réunion de présentation avec la HAC	19/06/2007		
Réunion de présentation avec le ministère de la Santé	19/06/2007		
Réunion de présentation avec les Sheikhs, les leaders de la communauté et les leaders des groupes locaux	20/06/2007		matin
Réunion de présentation avec les groupes de femmes	20/06/2007		<b>A eu lieu le 19/06/07</b>
Réunion de présentation avec MSF/discussion sur les besoins des CTC	21/06/2007		
Communication du plan sur la DAA avec le CICR	22/06/2007		
Réunion hebdomadaire entre ONG – mise au point sur la DAA	24/06/2007		
Partage des informations pour El Fasher via un rapport sur la situation	21/06/2007		
UNICEF (WATSAN)	25/06/2007		Bimensuel
OMS/ministère de la Santé (réunion de coordination sur les questions de santé)	27/06/2007		Hebdomadaire
<b>Besoins logistiques</b>			
Consommables DeLaqua	Commandés		
Savon en poudre (pour nettoyer les jerricans)	Commandé		
Chlore (granulés HTH)	Commandé		
Matériel pour les points SRO	Commandé		
Chlorure de chaux + gants en plastique	Commandés		
Sachets de chlore, PUR ou dessalinisateur	Commandés		Récep. prévue le 18
<b>Partage des informations au sein de l'équipe</b>			
Communication sur la politique de pulvérisation contre les mouches avec l'équipe de PH	18/06/2007		<b>A eu lieu le 18/06/07</b>
Communication du plan finalisé sur la DAA avec l'équipe de PH	19/06/2007		
<b>Formation du personnel</b>			
Communication des procédures sur les latrines/la chaux avec l'équipe de PH	18/06/2007		<b>A eu lieu le 18/06/07</b>
Formation sur la cartographie des données à destination du personnel de PH	19/06/2007		<b>A eu lieu le 19/06/07</b>
Révision des supports de formation pour le personnel et la communauté	19/06/2007		Supports et outils de formation
Session de 2 heures sur la DAA et le choléra pour l'ENSEMBLE du personnel	24/06/2007		
Formation de l'équipe de PH, de KSCS et de MSF sur les méthodes de formation à destination des groupes communautaires	24/06/2007		
<b>Recrutement</b>			
Recrutement de 4 PHP de KSCS pour 15 jours pleins	21/06/2007		Premier jour le 24. Code du travail à vérifier.
PHP de KSCS intervenant au quotidien	15 jours		
<i>Remarque : voir également l'action sur le personnel supplémentaire requis pour construire les dalles</i>			
<b>Formation de la communauté</b>			
Préparation du calendrier de formation	19/06/2007		
Comités communautaires (CC) et groupes de femmes	25/06/2007		25-27

Responsables des questions d'hygiène à l'école	À confirmer.		2 écoles secondaires 45 écoles primaires (après le 1 <sup>er</sup> juillet)
<b>Activités des PHP</b>			
<b>5 messages clés</b>			
Identification des messages clés sur la DAA	18/06/2007		<b>A eu lieu le 18/06/07</b>
Revue des supports IEC existants	18/06/2007		<b>A eu lieu le 18/06/07</b>
Production de supports IEC expérimentaux	19/06/2007		19-20
Test des supports IEC sur le terrain	25/06/2007		25-27 lors de la formation des CC
Finalisation des supports/de la conception par un artiste	28/06/2007		Env. 6 jours pour la conception
Production	04/07/2007		Les supports doivent être prêts le 7 juillet
Distribution des supports IEC aux CC	08/07/2007		
Première utilisation des nouveaux supports IEC sur la DAA	08/07/2007		
Diffusion des nouveaux supports IEC auprès de MSF et d'autres acteurs	08/07/2007		
<b>Distributions</b>			
Distribution mensuelle de savon	28/06/2007		Pour juillet
Distribution de jerricans et de cruches en plastique pour la toilette intime dans 13 quartiers	À confirmer.		
Distribution de bâches en plastique dans 16 quartiers	À confirmer.		
Tissus pour usage sanitaire	À confirmer.		
<b>Orientation des activités sur les messages d'hygiène clés relatifs à la DAA</b>			
Nettoyage de routine des jerricans	27/06/2007		Mercredis
Nettoyages hebdomadaires	27/06/2007		Inclure/se centrer sur les marchés, les étals de denrées alimentaires et les zones à risque
Suivi de la propreté des points d'eau	27/06/2007		Dimanches et mercredis
Suivi hebdomadaire des latrines	27/06/2007		Mercredis
Éducation à la santé dans les écoles (Madrasa)	04/07/2007		Mercredis
<b>Coins SRO</b>			
Sélection des points focaux de SRO	25/06/2007		44 points focaux de SRO lors des formations des CC, 25-27 juin
Formation des points focaux de SRO	12/07/2007		
Réception du matériel SRO	08/07/2007		
Distribution du matériel pour les points focaux des SRO	12/07/2007		
<b>Outils de gestion des déchets solides (GDS)</b>			
Demande d'approvisionnement en outils de GDS (1 000* râtaux)	13/06/2007		Pour le 21
Distribution des outils	28/06/2007		Avec distribution de savon
<b>Données du système d'information sur la santé (SIS)</b>			
Collecte hebdomadaire des données du ministère de la Santé, des hôpitaux et de MSF	En cours		
Mise en place de la cartographie des zones urbaines de Kebkabiya	20/06/2007		
Saisie des données SIS dans la base de données et sur la carte – PHE	20/06/2007		En cours
Saisie des données SIS dans la base de données et sur la carte – PHP	21/06/2007		En cours
<b>Activités relatives aux latrines</b>			
<b>Réhabilitation des latrines</b>			
Demande d'approvisionnement en bambou (*2 000)	17/07/2007		
Distribution du matériel aux bénéficiaires	14/06/2007		
Réhabilitation de 810 latrines	En cours		Total requis = 810 d'ici fin juillet

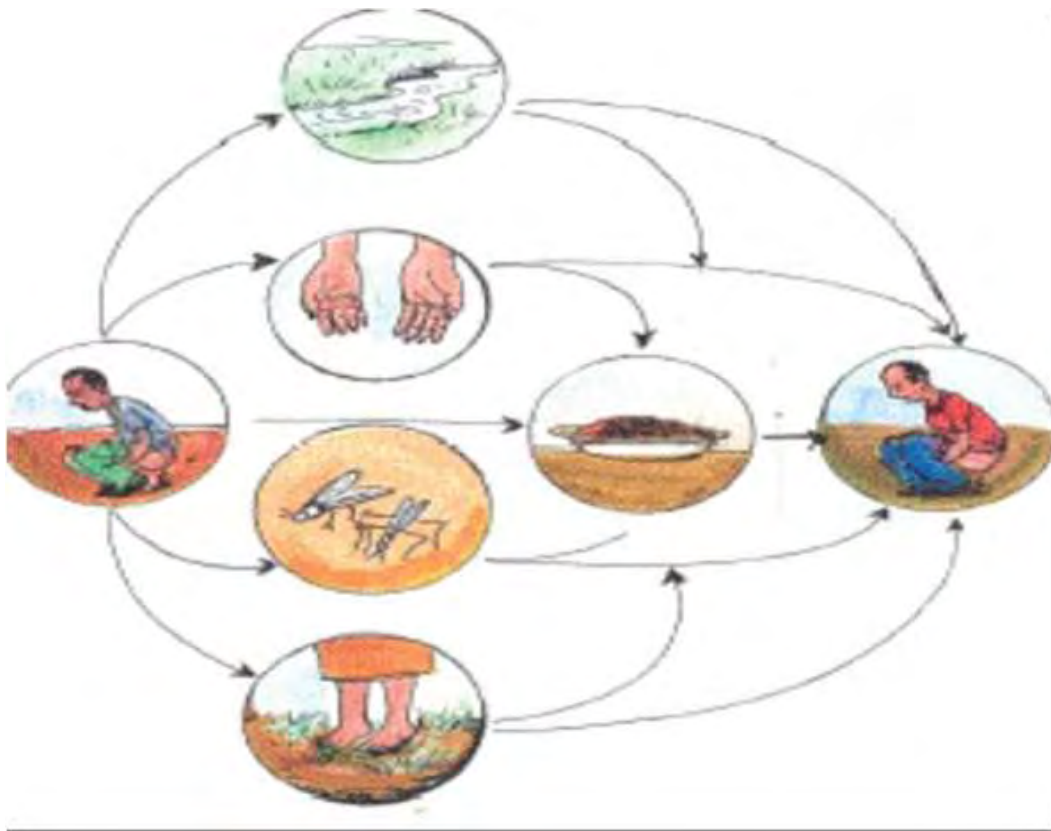
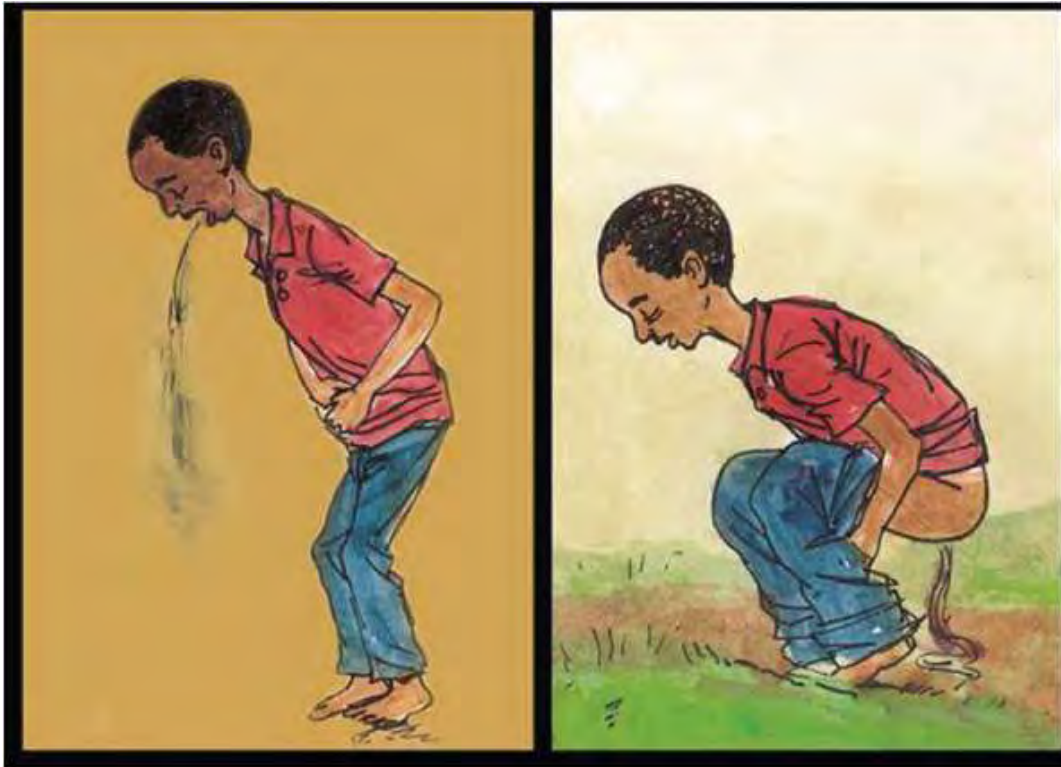
<b>Construction de latrines pour améliorer la couverture</b>			
Inscription des foyers pour les nouvelles latrines	13/06/2007		En cours
<b>Dalles de latrines</b>			
Production des dalles de latrines	14/06/2007		
Augmentation de la main-d'œuvre temporaire à 10 ouvriers + 1 superviseur	18/06/2007		Recrutés et prêts à commencer le 24
Travail temporaire	En cours		15 jours maximum
Demande d'approvisionnement pour 40 moules de dalle	17/06/2007		
Augmentation de la production de dalles	24/06/2007		
<b>Demande d'approvisionnement pour le matériel requis pour les latrines</b>			
Tapis-brosse * 5 600	17/06/2007		Locaux. Requis d'ici le 3 juillet
Tiges de bambou * 8 000	17/06/2007		Requises d'ici le 3 juillet
Tiges localement disponibles *800	17/06/2007		Locales. Dès que possible.
Début de la distribution des matériaux pour la superstructure (env. 1 100)	19/06/2007		
<b>Couvercles de latrines</b>			
Demande d'approvisionnement en couvercles de latrines (conception WES) *700	17/06/2007		
Demande d'approvisionnement en couvercles de latrines (conception Oxfam) *4 300	17/06/2007		
Réception des couvercles (par roulement)	24/06/2007		
Distribution des couvercles de latrines	25/06/2007		Lors de la formation des CC, puis constamment
<b>Ajout de chaux dans les latrines</b>			
Demande d'approvisionnement en chlorure de chaux	Fait		Requis au plus tôt
Mélange HTH-chaux	19/06/2007		<b>A eu lieu le 19/06/07</b>
Distribution et formation des CC sur l'ajout dans des latrines pleines	25/06/2007		Contrôle du stock par les leaders de la communauté et consignation par les propriétaires des latrines
Distribution et formation des CC sur l'ajout dans des latrines toujours en service	25/06/2007		
<b>Couverture des besoins en latrines des CTC</b>			
<b>Activités relatives à l'eau</b>			
<b>Sources d'eau chlorée d'Oxfam</b>			
<b>Couverture de l'approvisionnement en eau</b>			
Nouveau système d'approvisionnement à Amira Shamal	15/07/2007		Registres pour hiérarchiser les achats/le transport
Nouveau système d'approvisionnement à El Salaam	15/07/2007		Registres pour hiérarchiser les achats/le transport
Demande d'approvisionnement pour les réseaux d'Amira Shamal/d'El Salaam	21/07/2007		
<b>Chloration</b>			
Augmentation de la concentration de CRL à 0,5 mg/l minimum	17/06/2007		
Suivi quotidien du CRL	19/06/2007		Quotidien, en continu après le 19
<b>Sources d'eau non chlorée</b>			
<b>Postes pour charrettes à âne</b>			
Formation des surveillants de points d'eau dans 12 *postes pour charrettes à âne/calcul des besoins en chlore	20/06/2007		20-21
Distribution du chlore/début de la chloration des récipients des charrettes à âne	20/06/2007		En continu après le 20



Sensibilisation à la chloration dans 12 *postes pour charrettes à âne	01/07/2007		En continu, par les CC, après le 1 <sup>er</sup> juillet
<b>Propriétaires de puits privés</b>			
Organisation d'une réunion avec les propriétaires de puits	25/06/2007		14 propriétaires de puits
Réunion avec 14 propriétaires de puits ouverts dans les bureaux d'Oxfam GB	26/06/2007		
Formation sur la chloration/calcul des besoins en chlore dans les puits	27/06/2007		27-30 pour chaque puits ouvert
Distribution du chlore/début de la chloration des jerricans	27/06/2007		27-30, puis en continu
<b>Pompes manuelles</b>			
Chloration des jerricans au niveau des pompes manuelles uniquement en cas d'épidémie de DAA	18/06/2007		<b>A eu lieu le 18/06/07</b>
<b>Suivi de la chloration</b>			
Charrettes à âne	24/06/2007		Continue après le 24
Puits ouverts	01/07/2007		Continue après le 1 <sup>er</sup>
<b>Analyse bactériologique</b>			
Vérification des kits DelAgua	18/06/2007		<b>A eu lieu le 18/06/07</b>
Analyse bactériologique de 16 échantillons par semaine prélevés dans les foyers	20/06/2007		Hebdomadaire après le 20. 32 échantillons/semaine si 2 <sup>e</sup> kit OK
<b>Couverture des besoins en latrines des CTC</b>	À confirmer.		
<b>Accès aux zones rurales</b>			
Revue des conditions de sécurité	06/07/2007		
Organisations communautaires dans les zones rurales - formation/retour d'informations sur les cas de DAA	À confirmer.		

**Ressource 10.8 : Exemples de supports pour l'éducation et l'implication de la communauté**

**Cartes informatives sur le choléra**











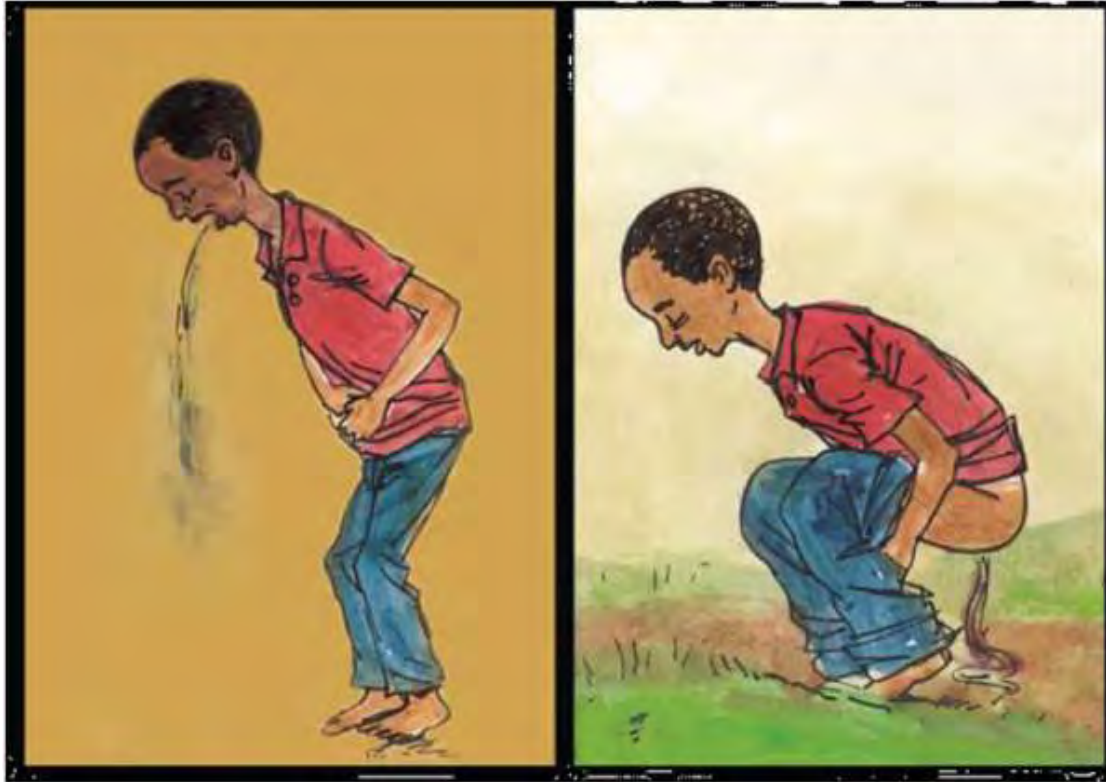












## Brochures sur le choléra utilisées en Éthiopie

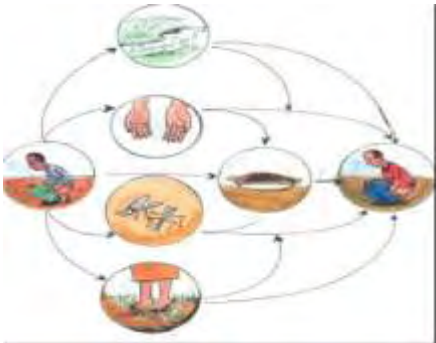
### Qu'est-ce que le choléra ?

Le choléra est une maladie touchant actuellement de nombreuses régions d'Éthiopie et se caractérise par les symptômes suivants :

- trois épisodes de diarrhées aqueuses dans la même journée ;
- vomissements.



### Comment le choléra se transmet-il ?



Le choléra se propage facilement et rapidement par l'ingestion d'eau contaminée ou d'aliments crus ou en portant à la bouche des mains sales.

## Pourquoi le choléra est-il un problème ?

Le choléra entraîne une déshydratation qui peut être mortelle.

### Que faire si vous ou un membre de votre foyer présentez des symptômes du choléra ?

- Commencez immédiatement à boire la solution de réhydratation orale à votre disposition.
- Continuez à boire la solution de réhydratation en vous rendant au centre de traitement du choléra (CTC), à la clinique ou au dispensaire le plus proche.
- Signalez le cas au chef du qebelé



### Que faire pour prévenir ou lutter contre le choléra ?

#### 1. Éliminez les excréments et les vomissures dans un lieu sûr, de sorte à les empêcher d'entrer en contact avec d'autres personnes

- ♦ Utilisez des latrines pour éliminer les excréments et les vomissures, si de tels équipements sont disponibles.
- ♦ En l'absence de latrines :
  - a) creusez un trou et enfouissez les excréments et les vomissures ;
  - b) mettez-les dans du plastique ou des feuilles de bananier et enfouissez le tout ;
  - c) allez dans une zone isolée, éloignée des points d'eau et des zones peuplées et recouvrez de terre.

Cela s'applique à tous, y compris aux enfants.

Faites particulièrement attention si un membre de votre foyer est malade.



#### 2. Lavez ou frottez systématiquement vos deux mains pour les débarrasser de la saleté

Lavez-vous les mains à l'eau et au savon (si disponible) en les frottant l'une contre l'autre. Si vous n'avez pas d'eau ni de savon, éliminez la saleté en frottant avec de l'eau et :

- de la cendre ;
- du sable ;
- des feuilles.

#### Quand ?

- après chaque passage aux toilettes ;
- avant de manger ;
- avant de préparer un repas ;
- après avoir essuyé les fesses d'un enfant.



### 3. Traitez l'eau avant de la consommer

Chlorez l'eau à l'aide de PUR, Waterguard/Wuha Agar. Stockez l'eau traitée dans des récipients propres et couverts.



### 4. Évitez de consommer des aliments crus ou pas assez cuits

Faites-les bouillir, faites-les cuire ou ne les consommez pas !

- Évitez la viande crue ou pas assez cuite.
- Faites cuire tous les légumes.
- Nettoyez et couvrez les restes.
- Utilisez des couverts et des plats propres.

### 5. Si vous ou une personne de votre entourage attrapez le choléra, n'oubliez pas : ce qui est évacué par votre corps doit être remplacé en quantité égale

Vous pouvez réduire les risques de décès en suivant ces règles simples :

- Remplacez les liquides perdus par des liquides et des solutions recommandées à votre disposition, par exemple :
  - soupe de légumes + sel ;
  - soupe d'aliments cuits + sel ;
  - bula kocho + sel ;
  - SSS (solution salée-sucrée) ;
  - solution de réhydratation orale (SRO), si disponible.
- Buvez un verre du liquide disponible après chaque épisode de diarrhée ou de vomissement pendant que vous vous rendez à la clinique ou au CTC/dispensaire//hôpital le plus proche.





## Exemples d'affiches sur le choléra

### Ce que tout le monde devrait savoir sur le choléra



Les principaux signes et symptômes du choléra sont les diarrhées aqueuses et les vomissements



Le choléra se transmet par l'eau contaminée, les mains sales et les aliments



Pour éviter la propagation du choléra, éliminez de manière appropriée les excréments et les vomissures, lavez-vous correctement les mains et veillez à traiter l'eau à la maison



Évitez de manger des aliments crus et veillez à ce que tous les aliments soient cuits correctement

Si vous ou un membre de votre famille présentez les symptômes ci-dessus, prenez/donnez un verre de SRO ou de tout autre liquide disponible (tel que du porridge local) après chaque épisode de diarrhée ou vomissement pendant que vous vous rendez à l'établissement de santé le plus proche

## Ressource 10.9 : Kit WASH d'Oxfam GB pour les CTC et les PRO<sup>16</sup>

**Tableau 6 : Liste de matériel et d'équipements pour l'hygiène, l'assainissement et l'isolement**

Cet exemple concerne un CTC de 50 lits.

Description	Quantité requise pour 1 CTC	Coût unitaire (USD)	Coût pour 1 CTC	Coût pour 20 CTC (USD)
<b>Approvisionnement en eau</b>				
Un mois de réserve de chlore HTH à 70 % (1 kg par jour)	30 kg	4	120	<b>2 400</b>
Réservoirs en plastique, 2 000 litres	1	200	200	<b>4 000</b>
Rouleau de 20 m de tuyau de ¾"	1	50	50	<b>1 000</b>
Seaux en plastique (avec couvercles) – 10 l	10	1,5	15	<b>300</b>
Seaux en plastique (avec couvercles) – 30 l	5	4	20	<b>400</b>
Jerricans – 20 l	10	3	30	<b>600</b>
<b>Assainissement</b>				
Trousse de secours (aiguilles)	4	2	8	<b>160</b>
Incinérateur en tambour métallique (une fosse peut être utilisée pour l'incinération)	1	4	4	<b>80</b>
Grandes poubelles avec couvercles	5	2	10	<b>200</b>
Dalles avec ouverture	4	40	160	<b>3 200</b>
Bâches en plastique	1 rouleau	60	60	<b>1 200</b>
Main-d'œuvre (creusement de la fosse et construction des latrines)	4	15	60	<b>1 200</b>
<b>Hygiène et isolement</b>				
Grand récipient d'eau (30 à 40 litres) avec robinet pour le lavage des mains	5	7	35	<b>700</b>
Détergent en poudre pour le nettoyage, sacs de 5 kg	5	10	50	<b>1 000</b>
Chlore pour la désinfection, le nettoyage, la stérilisation, etc. (HTH 70 %)	60 kg	4	240	<b>4 800</b>
Gants en caoutchouc robustes (non jetables)	10 paires	1,8	18	<b>360</b>
Balais de nettoyage en plastique	4	1,50	6	<b>120</b>
Tablier en plastique (non jetable)	10	5	50	<b>1 000</b>
Bacs plastiques (grands et larges) faisant office de pédiluves	4	10	40	<b>800</b>
Bottes en caoutchouc – différentes pointures	10 paires	10	100	<b>2 000</b>
Articles de nettoyage – 1 jeu comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 brosses pour les toilettes ;</li> <li>• 20 chiffons ;</li> <li>• 3 serpillères et seaux</li> </ul>	1 jeu	30	30	<b>900</b>
Grands récipients/bassines en plastique pour faire tremper les vêtements	3	10	30	<b>900</b>
Un mois de salaire pour 2 veilleurs – isolement renforcé	2	50	100	<b>2 000</b>
Un mois de salaire pour 3 agents de nettoyage	3	50	150	<b>3 000</b>
<b>Coût total approximatif (USD)</b>			<b>1 586</b>	<b>32 320</b>

<sup>16</sup> Directives internes d'Oxfam GB

**Tableau 7 : Liste de matériel et d'équipements pour le kit destiné aux PRO communautaires**

(Remarque : les quantités requises seront fonction de la taille du PRO)

Description	Quantité requise pour 1 PRO	Coût unitaire (USD)	Coût pour 1 PRO	Coût pour 50 PRO (USD)
Cahier à couverture cartonnée	1	0,5	0,5	25
Stylo bic	5	1	5	250
Sachet de SRO	400	0,35	140	7 000
Sucre et sel – à des fins de démonstration	250 g de chaque	5	10	500
Tasses de 200 ml	5	1	50	2 500
Tasses de 500 ml	5	1,5	7,5	375
Cuillères jetables	20	0,3	6	300
Carafe doseuse en plastique (1 litre)	1	4	4	200
Bassine en plastique de taille moyenne	1	6	6	300
Jerrican avec robinet	1	10	10	500
Jerrican sans robinet	3	8	24	1 200
Dispositif pour se laver les mains	4	10	40	2 000
250 g de savon pour les mains – à des fins de démonstration	4 barres	0,5	2	100
Tablette de 10 Aquatabs – à des fins de démonstration	12 tablettes (10 pastilles chacune)	0,46	5,52	276
500 ml de chlore liquide (eau de Javel) – à des fins de démonstration	1	1,1	1,1	55
Seringues en plastique jetables de 5 ml	3	0,3	0,9	45
Affiches et dépliants IEC sur le choléra				
<b>Coût total approximatif (USD)</b>			<b>312,52</b>	<b>15 626</b>
Articles supplémentaires possibles				
Petite table en plastique	1	50		
Grand parasol	1	30		
Sachets de PUR – à des fins de démonstration	50	0,3		

Les articles supplémentaires sont destinés aux PRO ne disposant d'aucun bureau ou point d'ombre dans les communautés rurales.

#### **Encadré 16 : Points de réhydratation orale (PRO)**

Lorsque des PRO sont mis en place, ceux-ci doivent s'organiser selon un protocole clairement établi définissant :

- qui reçoit des sachets de SRO et en quelle quantité ;
- combien de sachets sont fournis chaque semaine au coin/point SRO ;
- comment les activités seront surveillées.

Les sachets de SRO ne doivent pas être donnés à la personne malade, mais plutôt à la personne qui la soigne et qui les lui administrera de retour à la maison.

Le cas échéant, des dépliants peuvent être distribués en complément des conseils dispensés aux usagers des PRO.

## Ressource 10.10 : Directives relatives à l'hygiène, à l'assainissement et à l'isolement dans les CTC<sup>17</sup>

Dans les établissements de santé soignant des patients atteints de choléra, il est **très** important d'observer des procédures basiques d'hygiène, d'assainissement et d'isolement **en permanence**. Le non-respect de ces procédures pourrait entraîner la contamination d'autres patients et représenterait un risque d'infection pour le personnel ou les soignants, lesquels risqueraient alors de contaminer à leur tour leur propre foyer.

### Programmes d'Oxfam

La promotion de l'hygiène, ainsi que la mobilisation et la motivation des communautés, constituent les principaux leviers d'action employés par Oxfam GB afin de lutter contre une épidémie en travaillant au sein de la communauté. Pour autant, en cas de nécessité et notamment lorsque les CTC se trouvent au cœur des communautés, Oxfam GB doit être en mesure de fournir des services d'assainissement et de l'eau salubre au niveau des CTC. Le même soin doit être observé lorsque des PRO communautaires sont mis en place.

### Activités minimales en matière d'hygiène, d'assainissement et d'isolement

Tous les établissements de santé, CTC, et UTC doivent suivre ces principes :

1. Isoler les cas sévères.
2. Confiner tous les excréments (selles et vomissures).
3. Un seul soignant par patient.
4. **Toujours** se laver les mains avec de l'eau chlorée (veiller à la bonne concentration).
5. Se désinfecter les pieds en quittant le centre.
6. Fournir des toilettes et des salles de bains pour les patients et des installations distinctes pour le personnel selon les indications du projet Sphère. Veiller à ce que ces installations soient propres et offrent suffisamment d'intimité.
7. Suivre les conditions de santé de la famille et des proches des patients pour s'assurer : qu'il n'y a pas d'autre cas ; qu'ils ont les moyens de chlorer leur eau de boisson ; qu'ils disposent de savon pour le lavage des mains ; et qu'ils sont informés sur les mesures de prévention du choléra.
8. Si des personnes ont emprunté des transports publics pour venir, les voitures/véhicules doivent être désinfectés si le patient a vomi ou contaminé le véhicule avec des selles ou des vêtements souillés.
9. Préparer des cartes plastifiées de différentes couleurs pour les catégories de règles d'hygiène essentielles. Celles-ci sont répertoriées dans les tableaux 8 à 10.

---

<sup>17</sup> Directives internes d'Oxfam GB.

**Tableau 8 : Règles d'hygiène des CTC pour les proches de patients**

<b>À leur arrivée</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• un seul proche autorisé (à moins que les autres soient également malades)</li></ul>
<b>Pendant leur séjour</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• essayer de mettre à disposition des proches des latrines et des installations distinctes pour se laver ;</li><li>• s'assurer que les proches se lavent les mains avec une solution à 0,05 % chaque fois qu'ils utilisent les toilettes ;</li><li>• les proches doivent essayer de minimiser le contact avec les déchets du patient.</li></ul>
<b>Avant leur départ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• chaque fois que des proches quittent le camp, ils doivent se laver les mains avec une solution à 0,05 % ;</li><li>• vaporiser une solution à 0,2 % sur leurs chaussures (surtout en dessous) ou leurs pieds ou les faire passer par un pédiluve ;</li><li>• si des proches apportent de la nourriture, l'ensemble des assiettes et des couverts doivent être lavés dans une solution à 0,05 % avant d'être amenés au camp ;</li><li>• si les vêtements de proches doivent être lavés, les stériliser dans de l'eau bouillante ou les faire tremper dans une solution à 0,2 % pendant 10 minutes, puis les rincer à l'eau claire (remarque : le chlore peut décolorer les vêtements).</li></ul>
<b>En cas de décès d'un proche</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• indiquer aux proches que les cérémonies funéraires peuvent impliquer des pratiques à risques ;</li><li>• toute personne manipulant la dépouille doit se laver les mains et éviter tout contact avec les aliments ;</li><li>• former les proches aux pratiques d'hygiène avant leur retour chez eux.</li></ul>



**Tableau 9 : Règles d'hygiène du CTC pour le personnel soignant**

<b>À l'arrivée du personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• le personnel doit utiliser des gants pendant les soins.</li></ul>
<b>Pendant le service</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• le personnel doit utiliser des latrines et des installations distinctes de celles utilisées par les patients et les proches pour se laver, idéalement dans des zones neutres ;</li><li>• le personnel doit utiliser des gants pendant les soins ;</li><li>• après chaque soin, le membre du personnel doit se laver les mains avec une solution à 0,05 % (ainsi que leurs gants, si ceux-ci sont réutilisables) ;</li><li>• le personnel doit porter des blouses et des uniformes spéciaux qui seront jetés ou nettoyés au sein du centre.</li></ul>
<b>Pendant le séjour du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• recueillir les déchets du patient (liquides corporels tels que les vomissures et les selles) dans des bassins de lit ou des seaux ;</li><li>• ne pas laisser les personnes vomir sur le sol ;</li><li>• avant de vider un bassin de lit ou un seau, y verser une solution concentrée à 2 % et laisser agir 10 minutes ;</li><li>• vider les déchets dans une fosse prévue à cet effet.</li></ul>
<b>Avant le départ du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• stériliser ses vêtements dans de l'eau bouillante ou les faire tremper dans une solution à 0,2 % pendant 10 minutes, puis rincer (attention : le chlore peut décolorer les vêtements) ;</li><li>• vaporiser une solution à 0,2 % sur ses chaussures (surtout en dessous) ou leurs pieds ou les faire passer par un pédiluve.</li></ul>
<b>En cas de décès d'un patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• désinfecter le corps avec une solution concentrée à 2 % ;</li><li>• obstruer tous les orifices corporels avec du coton trempé dans la même solution à 2 % ;</li><li>• envelopper le corps dans un sac plastique.</li></ul>

**Tableau 10 : Règles du CTC pour les agents de nettoyage**

<b>Actions</b>	<b>Remarques</b>
Nettoyer les bassins de lit toutes les heures (en les faisant tremper dans du chlore et en les vidant dans la fosse)	Utiliser une solution à 2 % pendant 10 minutes, puis vider dans des latrines à fosse couverte
Nettoyer les toilettes et les douches 2 à 4 fois par jour	Utiliser une solution à 0,2 %
Nettoyer les lits et les sols deux fois par jour ou lorsqu'ils sont souillés	Nettoyer ou pulvériser avec une solution à 0,2 %
Préparer chaque jour deux types de solutions désinfectantes (à 0,2 % et à 0,05 %). Cela peut être effectué par un assistant médical, le cas échéant.	Suivre les instructions sur les solutions
Préparer la solution à 2 % chaque semaine	Suivre les instructions sur les solutions
Remplir les récipients pour le lavage des mains lorsqu'ils sont vides	Utiliser une solution à 0,05 %
Remplir les récipients d'eau de boisson	Utiliser de l'eau traitée
Remplir le pédiluve	Utiliser une solution à 0,2 %
Recueillir les déchets dans des poubelles avec couvercle	Brûler dans une fosse ouverte
Éliminer les excréments des seaux de manière appropriée, puis désinfecter	Verser une demi-tasse de solution chlorée à 2 % dans les seaux vides
Veiller à l'hygiène personnelle	Utiliser des toilettes distinctes. Porter des gants, un tablier ou une blouse et des bottes à l'intérieur du centre. Se laver les mains et les gants après le travail avec une solution à 0,05 %.

## Que faire avec les dépouilles ?

- tenir le corps isolé des autres patients ;
- désinfecter les corps et obstruer les orifices corporels avec un coton imbibé de solution chlorée à 2 % (remarque : cela n'est efficace que pendant un court laps de temps) ;
- enterrer dès que possible ;
- envelopper le corps dans une bâche en plastique lors du transport afin de confiner tout fluide corporel ;
- essayer de freiner la tenue de célébrations funéraires jusqu'à la fin de l'épidémie (ou d'en limiter l'ampleur) ;
- promouvoir l'hygiène lors des funérailles.

## Préparation des solutions chlorées

### Solutions désinfectantes

Selon la concentration de chlore à disposition, choisir le tableau approprié pour mélanger les désinfectants. Les concentrations les plus courantes sont les suivantes :

- 5 % liquide, flacon jaune ;
- 10 % liquide, récipient bleu ;
- 65-70 %, HTH en poudre.

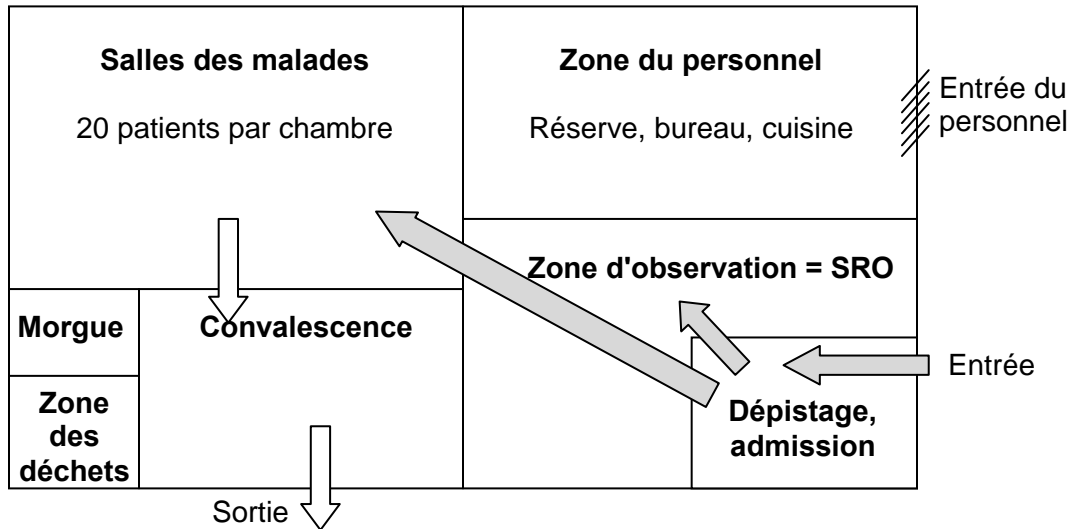
Les solutions doivent être fraîchement préparées chaque jour, car la lumière et la chaleur affaiblissent la solution. S'il n'y a pas de chlore à disposition, utiliser de l'eau de Javel normale (5 %) commercialisée localement. La solution ne doit jamais être mélangée avec du détergent.

Tableau 11 : Mélange de solutions chlorées

Utilisation	Déchets et excréments ; dépouilles	Objets au sol ; lits ; pédiluves ; vêtements	Mains ; peau	Eau de boisson
Concentration de la solution chlorée	solution à 2 %	solution à 0,2 %	solution à 0,05 %	
<b>Flacon jaune, solution à 5 %</b>	10 l de chlore 10 l d'eau (1:1)	1 l de chlore 19 l d'eau (1:25)	0,2 l de chlore 19,8 l d'eau (1:100)	
<b>Récipient bleu, solution à 10 %</b>	5 l de chlore 15 l d'eau (1:4)	0,5 l de chlore 19,5 l d'eau (1:50)	0,1 l de chlore 19,9 l d'eau (1:200)	
<b>WaterGuard</b>				1 bouchon (uniquement pour l'eau faiblement turbide)
<b>Water Maker, Aquatabs</b>				selon les instructions
<b>PUR (mélange de chlore et de sulfate de fer)</b>				selon les instructions
<b>HTH en poudre, 65-70 %</b>	30 g pour 1 litre 300 g pour 10 litres	3 g pour 1 litre 30 g pour 10 litres	0,75 g pour 1 litre 7,5 g pour 10 litres	

## Agencement des CTC et zones d'isolement dans les établissements de santé

Figure 3 : Agencement simple d'un petit centre de santé



L'agencement ci-dessus concerne un CTC/centre de traitement assez grand avec 20 patients par salle, mais le principe du flux de patients et d'isolement est le même dans les centres de plus petite taille. Les patients en observation ne doivent pas être mélangés avec les patients sévèrement affectés. À l'exception du patient, du personnel et d'un soignant par patient, aucune autre personne ne doit être admise dans le centre.

Les latrines et les salles de bains pour les patients infectés doivent être nettoyées régulièrement avec un désinfectant à 0,2 % et doivent se trouver dans un lieu fermé, à distance des installations utilisées par les autres patients (dans le cas d'un centre de santé), les soignants et le public.

## **Ressource 10.11 : Directives pour la mise en place de PRO<sup>18</sup>**

Dans la majorité des épidémies de choléra, les zones géographiques affectées sont vastes et souvent éloignées des centres les plus peuplés, dans des communautés rurales. Afin de garantir que ces communautés isolées ont un accès vital aux SRO, il sera nécessaire de mettre en place des PRO ou des coins dédiés dans les communautés touchées.

De nombreuses ONG médicales et les ministères de la Santé tendent à se concentrer sur la mise en place de CTC ou d'UTC à côté ou à proximité des établissements médicaux existants. Cela a souvent pour conséquence de contraindre les communautés rurales et périurbaines à parcourir de grandes distances pour accéder aux SRO. Dans les premières phases de l'épidémie, cela peut présenter des risques considérables : mortalité accrue, propagation du choléra vers d'autres zones non affectées, etc., comme cela a été observé lors des épidémies en Haïti en 2010/2011 et en RDC en 2011.

Le programme sur le choléra d'Oxfam doit donc inclure le lancement et la mise en place de PRO dans les communautés des zones cibles dès les premières semaines des activités de programme. Les étapes suivantes décrivent comment mettre en place rapidement des PRO opérationnels :

### **1. Coordination avec le ministère de la Santé et les ONG médicales**

Des réunions préliminaires doivent être organisées avec les ministères ayant trait aux questions médicales et les ONG médicales dans les zones cibles. Cela aidera le programme d'Oxfam à identifier où il convient d'établir des PRO. Cela ouvrira également les discussions avec le ministère de la Santé sur la marche à suivre pour mettre en place de telles structures, ce qui est d'autant plus essentiel si les PRO seront gérés par des employés du ministère de la Santé.

Comme le ministère de la Santé comme les ONG médicales recueillent des données dans les principaux CTC/UTC concernant la provenance des patients, cela permettra également à l'équipe de PHP d'identifier les zones fortement infectées par le choléra et les endroits où privilégier l'installation des PRO.

Par le biais de la coordination, Oxfam peut également faire pression sur le ministère de la Santé ou les ONG médicales pour la mise sur pieds d'UTC là où les données de suivi des PRO indiquent une augmentation significative du nombre de cas.

### **2. Repérage et identification des communautés isolées avec des cas de choléra actifs**

Comme indiqué plus haut, l'approche la plus efficace pour les PRO consiste à identifier les zones fortement infectées le plus précocement possible. Il est également recommandé d'établir les PRO dans les communautés satellites autour des principales zones fortement infectées. Cela permettra de sauver des vies et de gagner du temps, car selon le principal mode de transmission du choléra, les communautés satellites peuvent avoir la même source d'eau ou aller au marché communal le même jour, créant des déplacements favorables à la propagation rapide du choléra.

Le résultat le plus important du repérage des communautés isolées est de prévenir les duplications d'assistance en matière de CTC ou d'UTC mis en place par le ministère de la Santé et/ou des ONG médicales, pour assurer une assistance optimale aux communautés affectées.

---

<sup>18</sup> Directives internes d'Oxfam GB.

### 3. Entente sur la gestion et l'exploitation des PRO

Lors des premières réunions de coordination avec le ministère de la Santé, il se peut que des agents de vulgarisation de la santé en milieu rural soient détachés dans certaines des communautés isolées qu'Oxfam ciblera pour les PRO. Si le ministère de la Santé emploie effectivement ce type d'agents, Oxfam est fortement encouragé à travailler avec eux. Cela a pour avantage de garantir que la communauté ciblée dispose d'un personnel semi-médical fiable pour l'aider. Plus important encore, cela contribuera à la stratégie générale de retrait, si les agents de vulgarisation de la santé en milieu rural sont formés et équipés pour le suivi de l'alerte rapide en cas de futures épidémies de choléra.

Si le ministère de la Santé n'emploie pas d'agent de vulgarisation de la santé en milieu rural dans les communautés ciblées, les PHP doivent identifier des volontaires dans chaque communauté cible.

Peu importe qui est en charge du PRO, il est essentiel qu'un cahier des charges soit établi et étudié avec les responsables désignés de ces structures. Le cahier des charges inclura les horaires d'ouverture, les informations supplémentaires et la sensibilisation que les agents offriront à la communauté, les lieux où la communauté peut accéder aux SRO lorsque le PRO est fermé ou pendant la nuit, et comment les agents garderont une trace du nombre de personnes aidées par le PRO.

Lors des discussions avec le ministère de la Santé sur l'utilisation des agents de vulgarisation de la santé en milieu rural, il se peut qu'une petite rémunération soit demandée pour la participation des agents. Le cas échéant, Oxfam doit établir un cahier des charges clair et plus spécifique pour eux. Il serait normal d'attendre d'eux qu'ils participent activement aux visites à domicile/dans les foyers pour expliquer les mesures préventives, qu'ils participent à la distribution de kits de prévention du choléra, etc. Dans le cas de volontaires au sein de la communauté, Oxfam doit essayer de réduire les activités dans le cahier des charges et il convient donc de prévoir des incitations sous la forme de supports et d'équipements plutôt que de contreparties financières.

Quelle que soit la personne identifiée pour gérer le PRO (par l'autorité locale en matière de santé et/ou par les ONG impliquées), il est essentiel qu'elle soit formée et soutenue dans sa tâche tout au long de sa mission.

### 4. Surveillance et gestion quotidienne des PRO

À l'instar de tout autre programme de santé publique, la surveillance des activités est essentielle. Une fois les agents en charge des PRO identifiés, le cahier des charges convenu et la formation effectuée, il est essentiel que le personnel de PHP d'Oxfam surveille en permanence la situation. Lors des premières semaines de l'épidémie, il est recommandé de se rendre au moins une fois par semaine aux PRO jusqu'à ce que le personnel de PHP soit confiant dans le fait qu'ils sont gérés sans problème. Après cela, une visite de surveillance toutes les deux semaines devrait convenir. Toutes les visites de surveillance doivent être associées à un réapprovisionnement des stocks et à la récupération des fiches de consignation des données.

Les agents en charge des PRO doivent veiller à communiquer à la communauté, outre les quatre messages clés sur le choléra (voir l'[Encadré 9](#)), les messages suivants :

- une personne malade **ne doit pas** se déplacer au PRO ; seul le soignant doit se rendre au PRO.
- le soignant doit réhydrater la personne malade et l'accompagner vers un établissement de santé le plus rapidement possible tout en continuant à la réhydrater.

- le personnel du PRO doit avoir la liste des établissements médicaux les plus proches et/ou des personnes que le soignant peut contacter pour le transport. En Haïti (2010/11), MSF réglait le transport depuis les zones rurales à l'arrivée aux CTC/UTC. Oxfam GB veillait à relayer ce message dans tous les PRO. MSF pulvérisait alors le véhicule ayant servi au transport, après le dépôt de la personne malade.

Concernant le matériel et le contenu de chaque PRO, voir le [Tableau 7](#). N'oubliez pas que le nombre de sachets de SRO pour chaque PRO dépendra entièrement de son éloignement d'un établissement de santé et du nombre de personnes fréquentant le PRO en question. En principe, deux sachets par personne malade devraient suffire. Commencer avec 50 sachets de SRO par semaine pour chaque PRO jusqu'à l'examen des fiches de surveillance.

Les points suivants doivent être inclus dans le cahier des charges pour les personnes en charge des PRO :

- tenir un registre quotidien des personnes fréquentant le PRO, en indiquant le nom, l'adresse, l'âge de la personne malade et le nombre de sachets de SRO distribués ;
- informer la communauté sur le fait que la SRO ne peut pas être prise comme une mesure préventive et que celle-ci sera remise uniquement aux soignants de personnes présentant des symptômes de diarrhée ;
- utiliser le PRO comme point focal pour sensibiliser la communauté aux quatre messages clés d'Oxfam en matière de prévention du choléra ;
- organiser des sessions de démonstration sur la préparation de SSS ou d'une alternative locale ;
- informer la communauté sur où et comment obtenir de l'aide lorsque le PRO est fermé, notamment pendant la nuit.

Le personnel de PHP d'Oxfam GB doit offrir un soutien régulier et des visites de surveillance et de suivi pour s'assurer que les agents sont à l'aise pour gérer la structure et faire face à des problèmes inattendus au niveau du PRO. En plus des visites de soutien, le chef d'équipe de PHP doit :

- analyser les fiches de renseignements et cartographier les cas de choléra toutes les deux semaines ;
- au besoin, faire pression sur le ministère de la Santé ou les ONG médicales pour la mise en place d'un CTC/UTC requis dans une zone donnée ;
- prendre la décision de renforcer ou de déplacer un PRO lorsque le nombre de cas commence à diminuer dans une zone donnée ;
- encourager les agents qui étaient en charge des PRO supprimés/fermés à continuer de sensibiliser la communauté à la préparation de SSS ou d'un équivalent local, ainsi qu'à d'autres messages sanitaires sur l'utilisation d'Aquatabs et sur l'importance de chlorer l'eau de boisson.

## Ressource 10.12 : Directives sur la chloration des seaux<sup>19</sup>

### Traitement d'urgence de l'eau : comment chlorer l'eau dans des seaux

Le plus important lors de la chloration consiste à déterminer la concentration de chlore nécessaire pour obtenir un taux de CRL de 0,5 mg par litre dans chaque récipient d'eau. Avant de tester les taux de CRL, patienter au moins 30 minutes pour que le chlore ajouté rende l'eau salubre.

Principale méthode pour déterminer la quantité de chlore requise :

1. Préparer une solution chlorée de base (1 %) – voir le [Tableau 12](#).
2. Remplir quatre seaux non métalliques en versant dans chacun 20 l d'eau à traiter.
3. Ajouter des volumes croissants de solution chlorée de base à 1 % dans chaque seau, par exemple
  - 1<sup>er</sup> seau : 1 ml de solution de base à 1 %
  - 2<sup>e</sup> seau : 1,5 ml de solution de base à 1 %
  - 3<sup>e</sup> seau : 2 ml de solution de base à 1 %
  - 4<sup>e</sup> seau : 2,5 ml de solution de base à 1 %.
4. Remuer chaque seau pendant 30 secondes pour s'assurer que la solution chlorée est bien mélangée.
5. Laisser agir au moins 30 minutes (temps de contact).
6. Mesurer les niveaux de chlore résiduel libre dans chaque seau.
7. Choisir le seau présentant un taux de CRL d'environ 0,5 mg par litre.
8. Utiliser ce résultat pour calculer la quantité de solution de base à 1 % à ajouter au volume total d'eau dans chaque récipient d'eau.
9. Toujours revérifier les niveaux de CRL régulièrement lors de la chloration dans les seaux et en particulier lors d'un changement de source d'eau. Cela permettra de s'assurer que l'on ajoute les quantités correctes de chlore et que l'on obtient le niveau de CRL approprié (ni trop, ni trop peu).

### Calcul de la quantité de chlore requise

L'exemple suivant illustre la chloration de l'eau dans un jerrican ou un récipient de 5 l.

Suivre les étapes 1 à 5 ci-dessus. Les niveaux de CRL dans l'eau de chaque seau après 30 minutes de contact doivent être les suivants :

1<sup>er</sup> seau de 20 litres : 1 ml de solution de base à 1 % = 0 mg par litre

2<sup>e</sup> seau de 20 litres : 1,5 ml de solution de base à 1 % = 0,3 mg par litre

3<sup>e</sup> seau de 20 litres : 2 ml de solution de base à 1 % = 0,5 mg par litre

4<sup>e</sup> seau de 20 litres : 2,5 ml de solution de base à 1 % = 0,8 mg par litre

Le niveau de CRL souhaité sera donc celui du seau n° 3 (2 ml de solution de base à 1 % dans 20 litres = 0,5 mg par litre).

Donc, si 2 ml de solution de base à 1 % sont ajoutés à 20 litres d'eau et donnent un taux de CRL de 0,5 mg par litre, il convient d'ajouter un quart (1/4) de la quantité de solution de base pour doser correctement un récipient de 5 litres d'eau, par exemple 0,5 ml de solution de base à 1 % dans 5 litres.

---

<sup>19</sup> Adapté d'UNICEF (2008) et de l'OMS (2008)



**Tableau 12 : Quantités de produit chimique requises pour préparer 1 l de solution chlorée à 1 %**

Source de chlore	Chlore (%)	Quantité requise
Javel en poudre	34	30-40 g
HTH	70	14 g (1 cuillère à soupe)
Hypochlorite de calcium	34	25 g
Chlore stabilisé	25	40 g
Hypochlorite de sodium (eau de Javel domestique)	5	250 ml
Hypochlorite de sodium (eau de Javel)	10	110 ml

Ce ne sont là que quelques exemples. Le plus important, lors de la préparation d'une solution de base à 1 %, est de déterminer le pourcentage de chlore présent ou actif dans votre source de chlore. Une fois ce paramètre déterminé, la solution de base à 1 % s'obtient par simple dilution.

Conserver la solution de base dans un récipient fermé, dans un endroit frais et à l'abri de la lumière. La solution de base perd de son efficacité avec le temps. Elle doit donc être utilisée dans les 24 heures suivant sa préparation.

### **Mesures de sécurité pour l'utilisation du chlore**

Le chlore est une substance chimique très volatile qui peut se révéler dangereuse en cas de manipulation inappropriée.

S'assurer de disposer de tout l'équipement personnel de protection essentiel et de le porter avant toute manipulation du chlore :

- des lunettes de protection ;
- une paire de gants en caoutchouc épais ;
- des bottes en caoutchouc ;
- une veste, une blouse ou un tablier intégral imperméable.

Le chlore doit être stocké dans un récipient fermé dans un entrepôt bien ventilé, frais et sombre, loin de toute alimentation humaine ou animale et de toute réserve d'eau.

Toujours manipuler le chlore dans un endroit bien aéré.

### **Accidents impliquant le chlore**

En cas d'ingestion de chlore :

- **ne pas** faire vomir ;
- faire boire du lait, si possible ;
- consulter **immédiatement** un médecin. Apporter le récipient de chlore au médecin afin qu'il puisse déterminer sa concentration exacte et les autres substances ingérées.

En cas de projection de chlore dans les yeux :

- rincer l'œil à l'eau claire pendant plusieurs minutes, puis consulter un médecin.

En cas de projection de chlore sur des vêtements :

- retirer les vêtements immédiatement, si possible.
- rincer les zones concernées avec de l'eau.

- 
- consulter un médecin.

## Ressource 10.13 : Traitement de l'eau à haute turbidité

Si l'eau est boueuse ou trouble (« turbide »), avec plus de 50 unités de turbidité néphélométrique (UTN), il convient d'utiliser un traitement chimique alliant un flocculant (sulfate de fer ou de calcium) et du chlore, comme PUR (un mélange de chlore et de sulfate de fer). Toujours suivre les directives du fabricant lors de l'utilisation de ces produits.

En l'absence de telles substances chimiques pour le traitement de l'eau, faire passer l'eau turbide à travers plusieurs filtres en tissu pour amener la turbidité en dessous de 50 UTN. Filtrer l'eau **avant** d'ajouter la solution chlorée de base.

## Ressource 10.14 : Instructions pour la gestion des diarrhées à l'aide de SRO<sup>20</sup>

Les informations ci-dessous peuvent être adaptées pour une utilisation dans un dépliant soutenant la promotion des SRO dans le traitement des diarrhées. Avant de s'y atteler, il est essentiel de demander conseil au ministère de la Santé et au groupe travaillant sur la santé.

- La diarrhée passe généralement en quelques jours. Le véritable danger est la perte d'eau du corps de l'enfant, qui peut provoquer sa déshydratation.
- Un enfant souffrant de diarrhées perd du poids et peut rapidement être exposé à la malnutrition. L'alimentation peut contribuer à mettre fin aux diarrhées et aider l'enfant à récupérer plus rapidement.
- Un enfant victime de diarrhées ne doit jamais prendre d'antibiotiques ou d'autres médicaments, sauf prescription d'un agent de santé qualifié.
- Le meilleur traitement en cas de diarrhée est de boire beaucoup de liquides et de SRO correctement mélangée à de l'eau salubre.
- La diarrhée est la complication la plus courante de la rougeole. La vaccination des enfants contre la rougeole contribuera à réduire leur vulnérabilité.

### Qu'est-ce qu'une SRO ?

Une SRO (solution de réhydratation orale) est un ensemble spécial de sels secs qui, correctement mélangée à de l'eau salubre, contribue à la réhydratation du corps lorsqu'une quantité importante de fluide a été évacuée à cause des diarrhées.

### Où obtenir des SRO ?

Dans la plupart des pays, les sachets de SRO sont disponibles auprès des centres de santé, des pharmacies, sur les marchés et dans les magasins.

### Préparation d'une SRO :

1. Se laver les mains avec du savon (ou de la cendre) et de l'eau avant de préparer le mélange.
2. Verser le contenu du sachet de SRO dans un récipient propre. Ajouter un litre d'eau et mélanger. Une quantité d'eau insuffisante peut aggraver la diarrhée.
3. Ajouter uniquement de l'eau. Ne pas mélanger la SRO à du lait, de la soupe, du jus de fruit ou une boisson gazeuse. Ne pas ajouter de sucre.
4. Bien mélanger et donner à boire à l'enfant dans une tasse propre. Ne pas utiliser de bouteille.
5. Le mélange peut être utilisé pendant un maximum de 24 heures après sa préparation. Passé ce délai, tout mélange non utilisé doit être jeté.

### Quelle quantité de SRO faut-il donner à boire ?

- Encourager l'enfant à en boire autant que possible.
- Un enfant âgé de moins de deux ans a besoin d'au moins un quart à la moitié d'une grande tasse de SRO après chaque épisode de selle liquide.
- Un enfant âgé de deux ans ou plus a besoin d'au moins la moitié ou la totalité d'une grande tasse de SRO après chaque épisode de selle liquide.
- Les enfants plus grands et les adultes doivent en boire autant qu'ils le souhaitent. Même si l'enfant vomit, continuer de lui donner de petites gorgées de SRO.
- La diarrhée cesse généralement en trois ou quatre jours.

---

<sup>20</sup> Adapté du projet MOST (2005) ; OMS/UNICEF (2004) ; Voir aussi : <http://www.who.int/cholera/technical/en/index.html>

- Si la diarrhée persiste après une semaine, consulter un agent de santé qualifié.

Depuis peu, il est également recommandé de donner aux enfants 20 mg de complément de zinc pendant 10 à 14 jours (10 mg par jour pour les nourrissons de moins de six mois). Ces compléments sont disponibles sous forme de pastilles ou de sirop.

## **Règles pour le traitement de la diarrhée à domicile**

### **1. Donner à l'enfant plus de fluides que d'habitude**

Il faut donner de la SRO ou des fluides recommandés jusqu'à ce que les diarrhées cessent. Cela peut durer plusieurs jours. Se reporter aux quantités recommandées ci-dessus.

### **2. Continuer d'alimenter l'enfant**

Par exemple :

- lait maternel ;
- porridge local ;
- soupe ;
- haricots ;
- mélanges de céréales, viande et poisson ;
- les jus de fruit frais et les bananes sont utiles car ils contiennent du potassium.

Éviter :

- les aliments lourds ou à haute teneur en fibres, tels que les fruits et légumes à fibres grossières, les épluchures de fruits et de légumes, ainsi que les céréales complètes (ces aliments sont difficiles à digérer) ;
- les soupes très diluées (celles-ci sont recommandées en tant que fluides, mais ne suffisent pas du point de vue nutritionnel car elles rassasient l'enfant sans apporter les nutriments nécessaires) ;
- les aliments très sucrés, car ils peuvent aggraver la diarrhée.

Encourager l'enfant à manger autant qu'il le veut. Proposer de la nourriture toutes les trois ou quatre heures (six fois par jour) ou plus souvent pour un jeune enfant. Privilégier des repas fréquents et en petites quantités, car ils facilitent la digestion et sont plus appréciés par l'enfant.

### **3. Retourner à la clinique au besoin**

Emmener l'enfant consulter un agent de santé s'il présente l'un des signes suivants :

- il va souvent à la selle ;
- il a très soif ;
- il a les yeux caves (les trois signes ci-dessus suggèrent que l'enfant est déshydraté) ;
- son état ne semble pas s'améliorer après trois jours ;
- il a de la fièvre ;
- il ne mange ou ne boit pas normalement.

## Ressource 10.15 : Gestion des diarrhées avec des SSS artisanales<sup>21</sup>

La SRO est toujours préférable pour la gestion des diarrhées. Si elle n'est pas disponible, l'utilisation de SSS peut être encouragée à titre de remplacement. Il convient toutefois de consulter en premier lieu le ministère de la Santé et le groupe travaillant sur la santé, car la promotion des SSS varie selon le contexte.

« La solution salée-sucrée (SSS) était autrefois encouragée pour le traitement à domicile, mais elle est insatisfaisante dans la plupart des pays. En effet, les mères en oublient souvent la recette ou ne peuvent se procurer le sucre ou le sel. De plus, des erreurs de dosage lors de la préparation de cette solution peuvent conduire à des concentrations de sucre et de sel élevées et dangereuses. Dans la plupart des pays, on évitera donc de promouvoir cette solution. Toutefois, si son usage est déjà bien établi dans un pays et que l'on sait la préparer et l'administrer correctement, on peut continuer de la préconiser comme moyen de traitement de la diarrhée à domicile. Dans ce cas, il faut veiller à former et à encadrer les mères pour qu'elles continuent à bien préparer et utiliser la SSS. [Toutefois,] en l'absence de sachets de SRO, des solutions préparées à domicile peuvent être administrées. »

Source : OMS/CDD (1993)

### Comment préparer une solution salée-sucrée à domicile, en l'absence de SRO

1. Se laver les mains avec du savon et de l'eau avant de préparer la solution.
2. Dans un récipient propre, mélanger :
  - 1 litre d'eau salubre
  - La moitié d'une cuillère à café de sel (3,5 g)
  - 4 cuillères à soupe de sucre (40 g)
3. Mélanger le sel et le sucre jusqu'à les dissoudre dans l'eau.
4. Donner à l'enfant malade autant de cette solution que nécessaire, fréquemment et par petites quantités, à l'aide d'une tasse ou d'une cuillère.
5. Donner périodiquement à l'enfant d'autres liquides tels que du lait maternel, de la soupe ou des boissons à base de yaourt.
6. Continuer de donner à l'enfant des aliments solides s'il a plus de quatre mois.
7. Si l'enfant a toujours besoin de SSS après 24 heures, préparer une nouvelle solution.
8. Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes et lui redonner de la SSS. Les vomissements devraient cesser.
9. Les bananes ou d'autres fruits écrasés non sucrés sont un bon apport de potassium.
10. Si la diarrhée s'aggrave et/ou si les vomissements persistent, emmener l'enfant dans un centre de soin.

<sup>21</sup> Adapté de l'OMS/CDD (1993): Le traitement à domicile de la diarrhée comme moyen de prévention de la déshydratation : le choix des liquides et des aliments à donner.

## Ressource 10.16 : Exemple de cadre logique pour la prévention et la lutte contre le choléra : Somaliland<sup>22</sup>

	Logique d'intervention	Indicateurs mesurables	Moyens de vérification	Hypothèses importantes
<b>Objectif principal</b>	Contribuer à contenir et à freiner la propagation du choléra et les décès liés à la maladie dans les régions de Choleraal, Toghdeer et Galbeed à Borama, Burao et Hargeisa respectivement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Interventions intégrées en place prévenant la mortalité et la morbidité excessives</i></li> <li>• <i>Coordination, recueil et partage de données améliorés à tous les niveaux</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données épidémiologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les principales parties prenantes collaborent, se coordonnent et sont enclines à tirer des enseignements et à promouvoir le changement</li> <li>• L'État et les communautés maintiennent et soutiennent les normes d'hygiène et d'assainissement établies pour le projet</li> </ul>

<sup>22</sup> Oxfam GB, programme du Somaliland financé par ECHO, 2007.

<b>Objectif spécifique</b>	<p>70 000 hommes, femmes et enfants dans les régions de Choleraal, Toghdeer et Galbeed bénéficient d'un meilleur accès et d'une utilisation optimale des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement et prennent des mesures pour se protéger contre les menaces de choléra</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins 75 % de la population cible a accès à et utilise de l'eau présentant un niveau de chlore résiduel libre au moins égal aux normes minimales du projet SPHÈRE<sup>23</sup></li> <li>• Au moins 75 % des hommes, femmes et enfants ciblés se lavent les mains avec du savon avant de porter quoi que ce soit à la bouche</li> <li>• Au moins 80 % des personnes souffrant de diarrhée aiguë se rendent à un PRO ou dans un établissement médical pour y être traitées (dans les deux heures)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registres de projet</li> <li>• Données épidémiologiques</li> <li>• Rapports de référence</li> <li>• Groupes de discussion</li> <li>• Relevés analytiques de l'eau et rapports de suivi</li> <li>• Rapports de suivi</li> <li>• Rapports de fin de projet</li> <li>• Rapports des partenaires et d'autres ONG</li> <li>• Observation</li> </ul>	
----------------------------	--	--	---	--

<sup>23</sup> Norme du projet SPHÈRE pour l'eau de boisson fixant le taux de chlore résiduel libre à 0,5 mg/l en cas d'épidémie.



<b>Résultats</b>	<b>Résultat n° 1</b>  <b>Soutien d'urgence aux CTC</b> Dans les trois premiers mois du projet, des mesures préventives WASH spécifiques sont mises en œuvre dans les CTC établis dans les régions de Choleraal, Toghdeer et Gabeed en collaboration avec d'autres acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 % du personnel des CTC/centres de santé sont formés et peuvent citer un minimum de cinq méthodes pratiques pour réduire la transmission du choléra dans les CTC</li> <li>• 100 % des centres de santé/CTC ciblés s'occupant de cas ont accès aux quantités minimales d'eau salubre prescrites par le projet Sphère et les utilisent</li> <li>• 100 % de l'eau fournie dans les CTC est chlorée et les patients et leurs soignants sont sensibilisés à l'utilisation d'eau traitée pour la boisson.</li> <li>• 100 % des établissements de santé/CTC ciblés<sup>24</sup> sont équipés de systèmes d'assainissement de base (lavage des mains, latrines, équipements et produits chimiques de nettoyage) et disposent du personnel requis pour maintenir de bons niveaux d'hygiène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports et registres de suivi de partenaires</li> <li>• Rapports/informations de la communauté</li> <li>• Rapports techniques du personnel</li> <li>• Rapports de visite et observation</li> <li>• Rapports de situation</li> <li>• Registres de surveillance de la maladie dans les centres de santé</li> </ul>	
------------------	--	---	--	--

<sup>24</sup> Oxfam GB estime/prévoit de cibler 46 centres de santé clés (stratégiques pour le traitement des cas) et jusqu'à huit CTC établis à distance des centres de santé avec des équipements d'alimentation en eau et d'assainissement.

<b>Résultats</b>	<b>Résultat n° 2</b>  <b>Meilleur accès de la communauté à une eau salubre</b> Jusqu'à 70 000 hommes, femmes et enfants dans les localités ciblées ont accès à une eau de meilleure qualité pendant la durée du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 % des foyers ciblés utilisent de l'eau chlorée pour la boisson</li> <li>• 100 % des puits réhabilités restent opérationnels pendant la durée du projet avec une gestion améliorée et une capacité technique renforcée pour poursuivre l'exploitation</li> <li>• 100 % des personnes responsables de la chloration formées peuvent citer et démontrer le dosage du chlore requis selon l'état de l'eau</li> <li>• 80 % des transporteurs/vendeurs d'eau auxquels nous avons parlé permettent la chloration de leurs réserves d'eau</li> <li>• 100 % des points d'eau réhabilités sont conformes aux normes minimums de qualité bacteriologique de SPHÈRE avant leur mise en service (0 coliforme/100 ml)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports de suivi et de mise en œuvre du projet</li> <li>• Rapport d'étude de référence</li> <li>• Tests de qualité de l'eau au niveau des sources, des vendeurs, des citernes et des foyers</li> <li>• Registre de sélection et supports de formation des comités sur l'eau</li> <li>• Groupes de discussion de femmes et de filles organisés chaque mois avec deux groupes de 12 personnes</li> <li>• Groupes de discussion organisés chaque mois avec des responsables de la chloration de l'eau</li> <li>• Rapports et registres de suivi de partenaires</li> <li>• Rapports techniques du personnel</li> <li>• Rapports de visite et observation</li> </ul>	
------------------	---	--	---	--

<b>Résultats</b>	<b>Résultat n° 3</b>  <b>Sensibilisation accrue à la santé publique</b> 70 000 hommes, femmes et enfants des régions ciblées peuvent avoir de bonnes pratiques d'hygiène, respectueuses de leur dignité et de leur culture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins 80 % des PHP formés assurent au moins deux réunions et 10 visites à domicile par semaine</li> <li>• Les foyers signalent la présence et l'utilisation de savon lors des visites hebdomadaires aléatoires</li> <li>• Au moins 80 % des foyers ciblés peuvent démontrer qu'ils mettent en œuvre au moins trois pratiques essentielles en matière d'hygiène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports de suivi et de mise en œuvre du projet</li> <li>• Rapports et registres de suivi de partenaires</li> <li>• Rapports/informations de la communauté</li> <li>• Rapports techniques du personnel</li> <li>• Rapports de visite et observation</li> </ul>	
<b>Activités</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effectuer une étude complète sur les références/connaissances, attitudes et pratiques dans les communautés ciblées</li> <li>2. Chlorer l'eau dans tous les points d'eau et puits de surface dans les zones cibles.</li> <li>3. Sélectionner, mettre en place et former des comités sur l'eau pour les 20 puits nouvellement réhabilités</li> <li>4. Fournir des boîtes à outils pour les comités sur l'eau</li> <li>5. Réhabiliter et couvrir 20 puits dans les régions de Choleraal, Toghdeer et Galbeed</li> <li>6. Installer des pompes manuelles sur 20 puits de surface</li> <li>7. Former 44 personnes responsables de la chloration de l'eau pour couvrir toutes les zones affectées et leur fournir les testeurs pour bassin et le</li> </ol>	<b>Moyens</b> Personnel international Personnel national Autres coûts de personnel et logement  <b>Fournitures et matériels</b> Kits de prévention du choléra et consommables de substitution  - pédiluves  - équipement pour le lavage des mains pour les visiteurs et le personnel des centres de quarantaine  - réservoirs pour le stockage de l'eau dans les centres de quarantaine. - latrines pour les CTC - équipement de nettoyage pour les CTC	<b>Coût en USD</b>  <u>Personnel :</u> Personnel international - 17 088 Personnel national - 11 400 Ressources de projet - 84 630 Coûts du personnel administratif/opérationnel de l'organisation - 20 570 Transport et stockage - 74 144 Coût de gestion des sources d'eau - 71 400 Campagne de sensibilisation - 45 000  <b>Coût total du projet</b>	

	<p>matériel requis pour surveiller les niveaux de chlore</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Concevoir et construire des latrines, des équipements pour le lavage des mains et des pédiluves d'urgence pour les CTC</li> <li>9. Former le personnel des CTC sur les protocoles et les procédures à suivre pour le choléra</li> <li>10. Organiser des sessions de formation et d'hygiène dans les écoles</li> <li>11. Sélectionner et distribuer des kits de prévention du choléra</li> <li>12. Concevoir, produire et distribuer des supports IEC à des fins de sensibilisation.</li> <li>13. Identifier et recruter des femmes pour nettoyer les berges d'Hargeisa et le barrage de Daami</li> <li>14. Soutenir le déplacement de la décharge à Hargeisa</li> <li>15. Former et préparer les jeunes à jouer des scènes et des pièces sur la maladie</li> <li>16. Développer et diffuser le programme de sensibilisation de la communauté à la télévision et à la radio</li> <li>17. Concevoir et produire des affiches et des prospectus et les distribuer largement dans les zones du projet</li> <li>18. Déménager le CTC plus près de la zone du projet de Burao</li> <li>19. Assurer la surveillance et l'évaluation du projet.</li> </ol>	<p>- équipement d'ORT (seaux, tasses et tapis)</p> <p>- carburant</p> <p>- pompes manuelles</p> <p>- ciment, sable, gravier</p> <p>- boîtes à outils pour les comités sur l'eau</p> <p>Supports de formation</p> <p>Kit DelAgua et consommables</p> <p>- testeurs et consommables pour bassin</p> <p>- tubes pour déterminer la turbidité</p> <p>- chlore et sachets de PUR</p>	<p><b>324 232</b></p>	
--	---	---	-----------------------	--

## Ressource 10.17 : Fiches de suivi de terrain propres au choléra<sup>25</sup>

### Fiche 1 : Mini-enquête sur le choléra concernant les données de référence sur les connaissances, les attitudes et les pratiques

Remarque : les enquêtes doivent s'appuyer sur les indicateurs du cadre logique approuvé.

**Niveau des foyers (10 % de foyers choisis de manière aléatoire dans chaque localité)**

Nom de la localité :                      Date :

Données démographiques				
1	Nom du village			
2	Nombre total de personnes dans le foyer	Hommes (adultes)	Garçons <5 ans	Garçons entre 5 et 15 ans
		Femmes (adultes)	Filles <5 ans	Filles entre 5 et 15 ans
3	Le chef de famille est-il une femme ou un homme ?	Femmes		Hommes
4	Combien de personnes du foyer savent lire et écrire ?	Femmes		Hommes
5	Date de l'entretien			
6	Enquêteur			
Eau				
1	Où vous approvisionnez-vous en eau de boisson ?	Rivière	Puits ouvert	Système d'adduction par gravité
		Pompe manuelle	Mares sur la route	Autre
Combien de récipients avez-vous pour aller chercher l'eau ?				Volume total en litres
Combien de récipients utilisez-vous chaque jour pour toute la famille ?				Volume total en litres
Avez-vous un récipient distinct pour stocker l'eau de boisson ?				Oui      Non
2	Pouvez-vous me montrer comment vous prélevez de l'eau de ce récipient si vous voulez en boire ?	Utilise un accessoire propre		Utilise un accessoire sale

<sup>25</sup> Toutes les fiches de suivi et la mini-enquête sur le choléra sont adaptées du document interne à Oxfam GB : *Cholera Scale Programme, Haiti 2010-2011*, rédigé par Elizabeth Lamond et Sophie Martin-Simpson.

		Utilise sa main	Le récipient a un robinet		
3	Considérez-vous que votre eau de boisson est propre à la consommation ?	Oui	Non		
	Expliquez votre réponse				
4	Traitez-vous votre eau de boisson ?	Oui	Non		
	Si la réponse est non, pourquoi ?				
	Si la réponse est oui : qu'utilisez-vous pour traiter votre eau de boisson ?	Aquatabs	Eau de Javel		
		Chlorure de chaux	Autre		
<b>Hygiène</b>					
6	Quand pensez-vous qu'il est important de se laver les mains ?	Après être allé aux toilettes		Avant de manger	
		Avant de préparer à manger		Après avoir été en contact avec les excréments d'un enfant	
		Après avoir nourri et donné de l'eau aux animaux		Autre :	
7	Avec quoi vous lavez-vous les mains ?	Du savon	De la cendre	Uniquement de l'eau	Autre
<b>Observations</b>					
8	Y a-t-il des selles jonchant le sol autour de la maison ?	Oui		Non	
9	Demandez à vous laver les mains : vous a-t-on proposé du savon ?	Oui		Non	
<b>Latrines et assainissement</b>					
10	Où les adultes de votre famille défèquent-ils ?				
	Pendant la journée	Latrines	Buissons	Rivière	Autre
	Pendant la nuit	Latrines	Buissons	Rivière	Autre

11	Où les jeunes enfants (moins de cinq ans) défèquent-ils ?				
	Pendant la journée	Latrines	Buissons	Rivière	Autre
	Pendant la nuit	Latrines	Buissons	Rivière	Autre
12	Les femmes et les filles ont-elles des problèmes de sécurité lorsqu'elles vont déféquer pendant la nuit ?	Oui	Non	Le cas échéant, décrivez ces problèmes	
13	Que faites-vous des selles des nouveau-nés et nourrissons ?	Elles sont jetées dans les latrines	Elles sont enfouies	Le chien les mange	Autre

<b>Santé au sein du foyer</b>				
14	Est-ce qu'une personne du foyer a eu la diarrhée (au moins trois selles molles en 24 heures) ces deux dernières semaines ?		Oui Non	
15	Le cas échéant, qui était-ce ?		Les hommes	Les femmes Les enfants de < 5
16	Une personne de votre foyer est-elle actuellement malade ?		Oui	Non
17	Le cas échéant, indiquez la/les maladie(s)/les malades	Les hommes	Les femmes	Enfants < 5 ans
18	Avez-vous déjà entendu parler de choléra ?		Oui	Non
19	Connaissez-vous des personnes ayant le choléra dans ce village ?		Oui	Non
20	À votre avis, qu'est-ce qui peut provoquer le choléra ?	L'eau sale	Les aliments sales	Autre
		Les mains sales	Les esprits maléfiques	
21	Comment vous protégez-vous, ainsi que votre famille, contre le choléra ?	En chlorant l'eau	En cuisant correctement les aliments	Autre
		En se lavant les mains avec du savon	En utilisant des récipients propres pour l'eau	
22	Avez-vous déjà entendu parler de SRO ?	Oui	Non	
23	Avez-vous déjà entendu parler de solution salée-sucrée ?	Oui	Non	
24	Pouvez-vous me dire comment préparer une solution salée-sucrée ? (Noter les quantités et indiquer si elles sont correctes.)			
	Connaissez-vous d'autres méthodes de réhydratation à domicile ?		Oui	Non
	Le cas échéant, citez-les	1. 2. 3. 4.		
	Dans quelles situations utiliseriez-vous ces méthodes de réhydratation ?		Choléra	Toute diarrhée
25	Qui dans la famille ne les utiliserait pas ?	Hommes (adultes)	Femmes (adultes)	Enfants de moins de 5 ans



		Enfant de plus de 5 ans	Autre
26	Pourquoi ces membres de la famille n'utiliseraient-ils pas la méthode de réhydratation ?	Noter la réponse	

## Fiche 2 : Suivi mensuel de la PHP dans les foyers

Date : \_\_\_\_\_ Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_  
 Localité : \_\_\_\_\_ Nombre de personnes dans le foyer : \_\_\_\_\_

Pour les réponses avec ,  = Oui ; X = Non

1. Pratiques hygiéniques		
Question	Est-ce une pratique actuellement adoptée par le foyer ?	Le foyer avait-il adopté cette pratique avant l'épidémie de choléra ?
(a) Présence de savon dans le foyer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Le savon est-il utilisé pour se laver les mains ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Les membres du foyer boivent-ils de l'eau traitée avec du Clorox/Aquatabs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Si la réponse est non, pourquoi ? Indiquez la raison		
(e) Les membres du foyer ont-ils accès à des latrines sanitaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Les membres du foyer savent-ils comment préparer une SRO ? [vérifier oralement ou par le biais d'une démonstration]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Les membres du foyer savent-ils comment préparer une SSS ? [vérifier oralement ou par le biais d'une démonstration]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Connaissance des symptômes du choléra		
Symptômes	Le foyer sait-il maintenant ?	Le foyer savait-il avant l'épidémie de choléra ?
Diarrhée aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déshydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faiblesse extrême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre total de symptômes connus [inscrire un chiffre]	(a)	(b)

### 3. Connaissance de la prévention du choléra

Mesure préventive	Le foyer sait-il maintenant ?	Le foyer savait-il avant l'épidémie de choléra ?
Boire de l'eau chlorée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver les mains avant de porter quoi que ce soit à la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulter rapidement un médecin en cas de symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savoir préparer une SRO/SSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre total de méthodes de prévention connues ?	(a)	(b)

4. PRO	
(a) Le foyer est-il conscient de l'existence d'un point SRO ?	<input type="checkbox"/>
(b) Les membres du foyer savent-ils à quoi sert le point SRO ?	<input type="checkbox"/>
(c) Le foyer a-t-il déjà eu recours au point SRO ?	<input type="checkbox"/>
(c) Le foyer envisagerait-il de recourir au point SRO ?	<input type="checkbox"/>

### Fiche 3 : Après la distribution de kits de prévention du choléra et de chloration de l'eau : suivi des foyers

Date : \_\_\_\_\_ Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_

Localité : \_\_\_\_\_ Section communale : \_\_\_\_\_

Pour les réponses avec ,  = Oui ; X = Non

	FOYERS VISITÉS				
	1	2	3	4	5
<b>KITS DE PRÉVENTION DU CHOLÉRA</b>					
1. Kit de prévention du choléra reçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kit reçu de : a. Oxfam b. Unité Communale de Santé (UCS) c. Autre (préciser) <i>[inscrire a, b ou c]</i>					
3. Date de réception du kit					
4a. Nb. d'Aquatabs reçues <i>[inscrire le nombre]</i>					
4b. Nb. de barres de savon reçues <i>[inscrire le nombre]</i>					

4c. Nb. de sachets de SRO reçus <i>[inscrire le nombre]</i>					
<b>AQUATABS</b>					
5. A reçu une formation à l'utilisation des Aquatabs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Utilise les Aquatabs pour traiter l'eau de boisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6a. Le cas échéant, nombre d'Aquatabs ajoutées pour 5 gallons d'eau <i>[inscrire le nombre]</i>					
6b. Si la réponse est non, pourquoi ? (préciser)					
7. Niveau de chlore résiduel libre en mg/l <i>[inscrire le nombre]</i>					
<b>CHLOROX</b>					
8. Quantité de Clorox reçue <i>[inscrire le nombre de litres]</i>					
9. Clorox reçu de : a. Oxfam b. Autre (préciser) <i>[inscrire a ou b]</i>					
10. Date de réception du Clorox					
11. A reçu une formation à l'utilisation du Clorox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Utilise le Clorox pour traiter l'eau de boisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12a. Oui – quantité de Clorox ajoutée à 5 gallons d'eau <i>[inscrire la quantité]</i>					
12. b. Si la réponse est non, pourquoi pas ? (préciser)					
13. Niveau de chlore résiduel libre en mg/l <i>[inscrire le nombre]</i>					
14. Boit uniquement de l'eau traitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fiche n° 4 : Utilisation des latrines – Au niveau du foyer

Date :

Nom de l'enquêteur :

Localité :

Nom de famille :

Pour les réponses avec ,  = Oui ; X = Non

<b>1. Accès aux latrines – Données recueillies uniquement lors de la première visite de suivi</b>	
1. Nombre de personnes ayant accès aux latrines du foyer ? <i>[indiquer le nombre de personnes utilisant les latrines]</i>	
2. Les latrines sont-elles utilisées par :	Les hommes <input type="checkbox"/>
	Les femmes <input type="checkbox"/>
	Les enfants <input type="checkbox"/>
3. Le foyer partage-t-il les latrines avec d'autres familles ?	<input type="checkbox"/>
4. Si la réponse est non, pourquoi ?	
5. Les latrines sont-elles utilisées ?	<input type="checkbox"/>

<b>2. Utilisation des latrines – Suivi régulier</b>	
(a) Les latrines sont-elles construites correctement ?	<input type="checkbox"/>
(b) Les latrines sont-elles utilisées ?	<input type="checkbox"/>
(c) Propres	<input type="checkbox"/>
(d) Traces de selles	<input type="checkbox"/>
(e) Mauvaise odeur	<input type="checkbox"/>
(f) Présence de mouches	<input type="checkbox"/>

<b>3. Lavage des mains – Suivi régulier (après la première visite de suivi)</b>	
(a) Les installations pour se laver les mains sont-elles utilisées ? Si la réponse est non, pourquoi ?	<input type="checkbox"/>
(b) Y a-t-il du savon et de l'eau à disposition dans l'installation pour se laver les mains ? Si la réponse est non, pourquoi ?	<input type="checkbox"/>
(c) Les adultes de votre foyer se lavent-ils les mains après avoir utilisé les latrines ?	<input type="checkbox"/>
(d) Les enfants de votre foyer se lavent-ils les mains après avoir utilisé les latrines ?	<input type="checkbox"/>
(e) Avec quoi vous lavez-vous les mains ? <i>[préciser ce qui est utilisé]</i>	

Remarque : si après l'analyse du premier suivi de référence, une localité présente une utilisation élevée des latrines, nous pouvons envisager de réduire la fréquence du suivi de cette localité à une fois par mois. Si une utilisation faible/des dégradations sont signalées, le suivi doit être maintenu toutes les deux semaines.

### Fiche 5: Fiche de suivi du chlore résiduel libre

Date :.....

Localité :

Source de l'eau de boisson :

	<b>Nom de famille</b>	<b>Nombre de personnes dans la famille</b>	<b>Volume de chlore (ou nombre d'Aquatabs) ajouté à l'eau</b>	<b>Volume d'eau chlorée</b>	<b>Résultats (mg/l)</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

## Ressource 10.18 : Enquêtes et tableaux de classification pour l'enquête sanitaire sur les installations d'eau<sup>26</sup>

### Objectifs des enquêtes sanitaires sur les installations d'eau :

- identifier les risques potentiels en matière de qualité de l'eau ;
- permettre une critique constructive conduisant à des améliorations ;
- interpréter les résultats de l'analyse de qualité de l'eau (pour déterminer d'où provient la contamination) ;
- identifier toute épidémie propagée par l'eau ;
- s'exercer à surveiller les conditions sanitaires.

### Classification des risques des résultats de l'étude sanitaire

Sur la fiche de l'étude, chaque réponse est notée comme suit : Pas de risque = 0 ; Risque = 1

Par exemple, s'il y a un joint correct entre la pompe manuelle et la tête de puits, indiquer 0. S'il n'y a pas de joint approprié, indiquer 1. Additionner les notes et utiliser le tableau de classification pour hiérarchiser les interventions. Tous les domaines de risque de tous les points d'eau étudiés doivent être corrigés.

### Tableau de classification des résultats de l'étude sanitaire

<b>Risque très élevé</b>	9 points ou plus
<b>Risque élevé</b>	6 à 8 points
<b>Risque modéré</b>	3 à 5 points
<b>Risque faible</b>	0 à 2 points

### Mesures à prendre lorsqu'un échantillon d'eau échoue à un test qualitatif :

- renouveler l'analyse de l'eau ;
- dans le même temps, mener une enquête sanitaire ;
- prendre les mesures appropriées pour réduire les risques identifiés lors de l'étude sanitaire ;
- faire une nouvelle analyse de la qualité de l'eau pour vérifier si les réparations ou autres actions correctives ont amélioré la qualité de l'eau.

### Fiche 6: Enquête sanitaire sur les puits ouverts

Nom de l'enquêteur :

Emplacement du puits :

Code du point d'eau :

Date de l'étude :

Questions générales concernant les puits avec ou sans pompe manuelle		
Quelqu'un est-il responsable du puits ? [demander à un usager]	Oui	Non
Si oui, qui est-ce ? [nom de la personne et lieu où la trouver]		
La zone entourant le puits est-elle clôturée ?	Oui	Non

<sup>26</sup> Le format de l'enquête sanitaire et le tableau de classification ont été adaptés de : Smith et Shaw (1996), et de l'OMS (1996).

La clôture a-t-elle un portillon refermable ?	Oui	Non	
Y a-t-il des latrines dans les 30 m autour du puits ?	Oui	Non	
Y a-t-il de l'eau stagnante dans un rayon de 2 m autour du puits ?	Oui	Non	
Y a-t-il des traces de selles dans un rayon de 10 m autour du puits ?	Oui	Non	
Y a-t-il des ordures dans un rayon de 10 m autour du puits ?	Oui	Non	
Est-ce que des personnes font la lessive ou se baignent à proximité du puits ?	Oui	Non	
Y a-t-il des animaux à proximité du puits ?	Oui	Non	
Y a-t-il une chape en béton autour du puits ?	Oui	Non	
Si la réponse est oui :	Y a-t-il des fissures dans le béton ?	Oui	Non
	S'il y a des fissures, sont-elles profondes/importantes ?	Oui	Non
	Y a-t-il une rigole de drainage en béton (ou d'une autre conception technique) ?	Oui	Non
La chape de béton fait-elle moins de 2 m de diamètre autour de la tête de puits ?	Oui	Non	
Y a-t-il une rigole de drainage autour du puits ?	Oui	Non	
La rigole de drainage est-elle bouchée ?	Oui	Non	
Si la rigole de drainage est bouchée, expliquer brièvement pourquoi.			
<b>Partie à ne renseigner que si le puits est équipé d'une pompe manuelle</b>			
Y a-t-il une pompe manuelle ?	Oui	Non	
Le cas échéant, la pompe manuelle fonctionne-t-elle ?	Oui	Non	
Si la réponse est non, expliquer brièvement les problèmes			

La tête de puits est-elle correctement scellée autour de la pompe manuelle ?	Oui	Non
Si la réponse est non, expliquer brièvement les problèmes		
À quelle hauteur se trouve la sortie de la pompe manuelle par rapport au sol/à la chape en béton ?	[en centimètres]	
<b>Puits ouvert (pas de pompe manuelle)</b>		
Comment puise-t-on l'eau ?	<i>[observer et noter brièvement]</i>	
La tête de puits se trouve-t-elle à au moins 80 cm de la chape ?	Oui	Non
Le joint entre la tête de puits et la chape protectrice est-il intact ?	Oui	Non
Y a-t-il un couvercle pour fermer le puits lorsque celui-ci n'est pas utilisé ?	Oui	Non
S'il y en a un, est-il utilisé ?	Oui	Non
S'il est présent, mais n'est pas utilisé, expliquer brièvement pourquoi		
<b>Pour les puits avec ou sans pompe manuelle</b>		
Les personnes utilisent-elles des entonnoirs pour diriger l'eau dans les jerricans ?	Oui	Non
Est-ce que plus de 10 % des jerricans présents au point d'eau ont l'air propre à l'intérieur ?	Oui	Non



## Fiche 7 : Enquête sanitaire sur les puits de forage avec réservoir de stockage, réseau de tuyaux et borne-fontaine

Nom de l'enquêteur :  
Code du point d'eau :

Emplacement du puits :  
Date de l'étude :

Questions générales		
Quelqu'un est-il responsable du point d'eau ? [demander à un usager]	Oui	Non
Si oui, qui est-ce ? [nom de la personne et lieu où la trouver]		
La borne-fontaine se trouve-t-elle dans une zone inondable ?	Oui	Non
La zone de la borne-fontaine est-elle clôturée ?	Oui	Non
La clôture a-t-elle un portillon ?	Oui	Non
Y a-t-il de l'eau stagnante dans un rayon de 2 m autour de la borne-fontaine ?	Oui	Non
Y a-t-il des traces de selles dans un rayon de 10 m autour de la borne-fontaine ?	Oui	Non
Y a-t-il des animaux au niveau ou à proximité de la borne-fontaine ?	Oui	Non
La borne-fontaine repose-t-elle sur une chape en béton ?	Oui	Non
Est-ce que des enfants boivent ou jouent au niveau du point d'eau ?	Oui	Non
Est-ce que des personnes font la lessive ou se baignent à proximité ou au niveau du point d'eau ?	Oui	Non
Y a-t-il une rigole de drainage autour de la chape en béton ?	Oui	Non
La rigole de drainage est-elle bouchée ?	Oui	Non
Si la rigole de drainage est bouchée, expliquer brièvement pourquoi.		
Les robinets fuient-ils ?	Oui	Non
Les personnes utilisent-elles des entonnoirs pour diriger l'eau dans les jerricans ?	Oui	Non
À quelle hauteur se trouve le robinet par rapport au sol/à la chape en béton ?	[en centimètres]	
Est-ce que plus de 10 % des jerricans présents au point d'eau ont l'air propre à l'intérieur ?	Oui	Non

## Ressource 10.19 : Exemple de synthèse et de cartographie des données<sup>27</sup>

Les programmes de santé publique regroupent chaque semaine, voire chaque jour de nombreux types différents de données. Ces informations paraissent souvent insignifiantes, jusqu'au jour où elles sont exploitées pour obtenir une vue d'ensemble et donner corps aux résultats. Pour renforcer l'efficacité d'un projet, les données doivent être ventilées, dans la mesure du possible, et réparties en secteurs ou en zones délimitées au sein de la localité (camp/village, etc.). Le fait d'associer les données à une vue d'ensemble peut contribuer à identifier les zones à risque et peut aider le personnel de programme à déterminer où prendre des mesures spécifiques.

Par exemple, si un secteur présente un taux d'infection bactérienne élevé au niveau de l'eau de boisson stockée au sein des foyers, il est alors important de savoir où ceux-ci s'approvisionnent en eau. Parallèlement, l'analyse de tous les points d'eau peut être associée à l'analyse de l'eau présente dans les foyers pour déterminer s'il existe une corrélation entre ces sources impropres ou si l'eau est contaminée après sa collecte.

Les associations de ce type sont essentielles si une prévalence inattendue de cas de diarrhée est constatée ou plus encore si un épisode épidémique de choléra ou de DAA est attendu. Le moyen le plus simple d'établir des liens entre des groupes de données variées consiste à les visualiser sous la forme de diagrammes sur une « carte ». Plus les diagrammes et la carte sont simples, plus il est aisé pour chacun de comprendre et d'agir selon les informations à disposition :

**Étape 1** Consigner les résultats hebdomadaires (et quotidiens, au tout début) sous forme de tableau dans une feuille de calcul. Un exemple est fourni ci-dessous.

**Tableau 13 : Résultats hebdomadaires des niveaux de chlore dans l'eau de boisson stockée à domicile dans le Secteur 1B**

	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem5	Sem6	Sem7	Sem8	Sem9	Sem10	Sem11	Sem12	Sem13
0 - 0,2 mg/l	2	4	5	3	6	1	4	0	0	0	0	0	0
0,3 - 0,4 mg/l	3	0	2	1	0	1	1	2	3	4	2	3	2
0,5 mg/l	0	0	1	1	0	2	0	1	7	5	5	5	6
0,6 mg/l	0	0	2	3	0	0	3	1	0	2	2	2	3

Un trop grand nombre de paramètres rendrait les diagrammes illisibles et des liens essentiels risqueraient de passer inaperçus (voir plus bas).

**Étape 2** Convertir les données en diagramme

**Étape 3** Répéter la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> étape pour couvrir les données suivantes :

- niveaux de chlore de la source ;
- niveaux bactériens de la source ;
- données hebdomadaires sur la DAA provenant des ONG médicales.

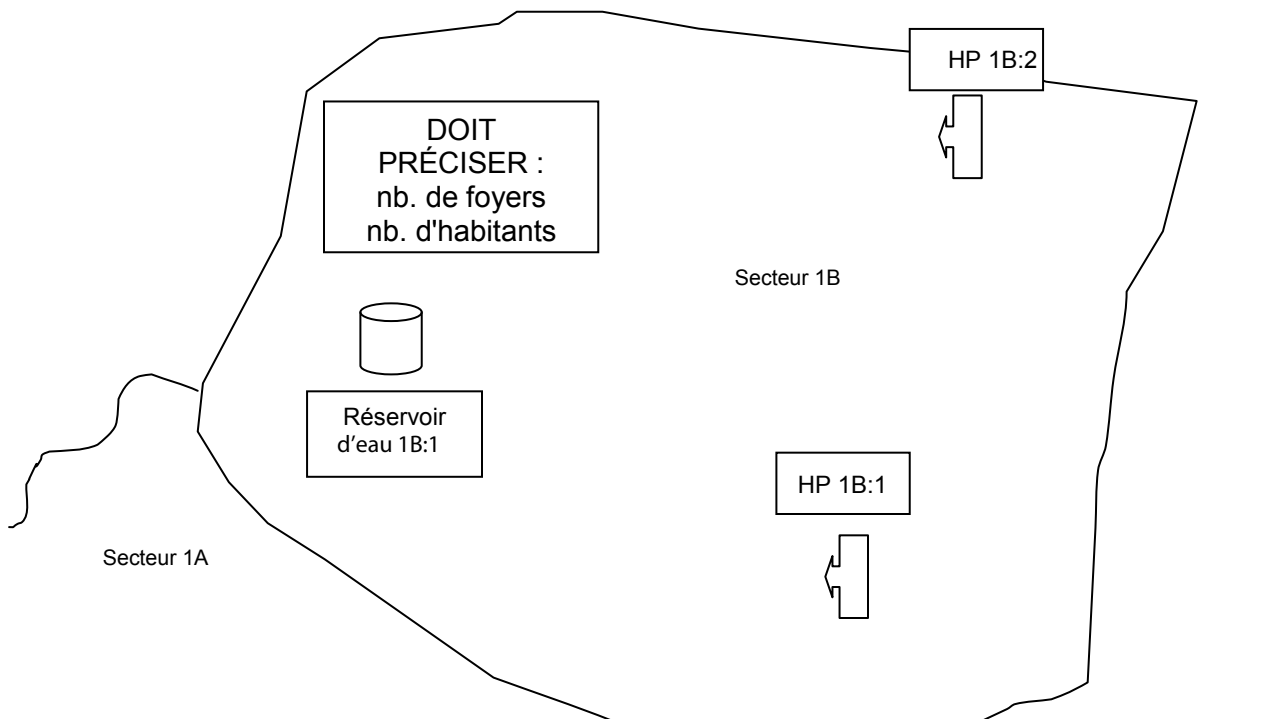
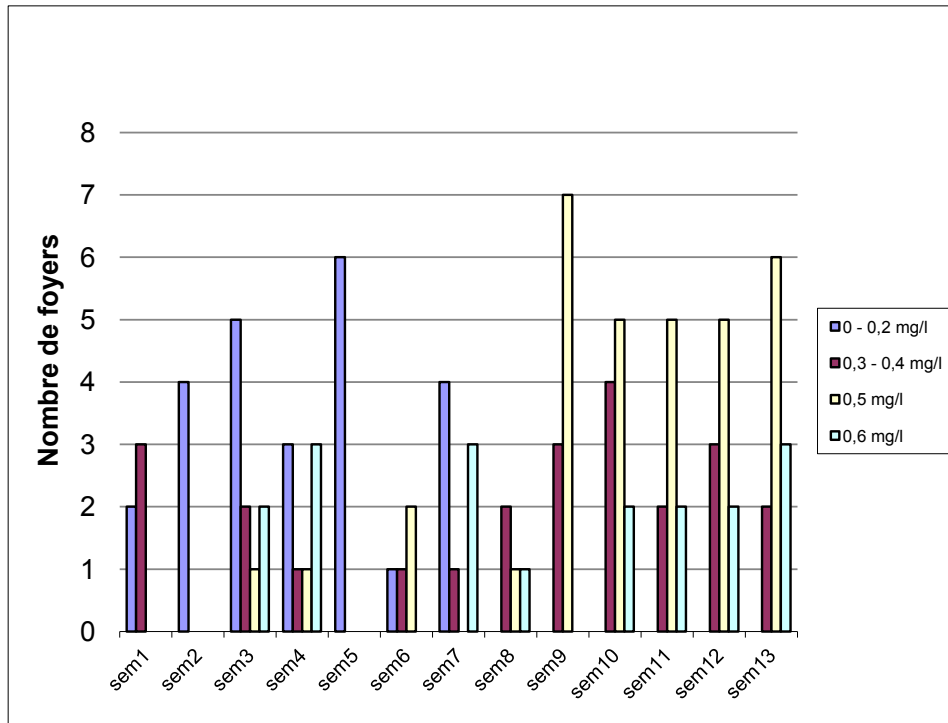
**Étape 4** Tracer une carte schématique de chaque secteur de la localité (camp/village, etc.) et y indiquer l'emplacement approximatif de chaque type de point d'eau disponible. Chaque point d'eau doit faire partie d'un système de numérotation simple et facile à comprendre.

<sup>27</sup> Supports de formation adaptés de *Oxfam GB Darfur emergency programme 2007*, rédigé par Elizabeth Lamond. Document interne d'Oxfam GB.

Étape 5 Épingler les diagrammes de résultats près du secteur concerné, en les reliant avec des flèches. Ces cartes doivent être affichées dans les bureaux locaux, ainsi qu'au siège.

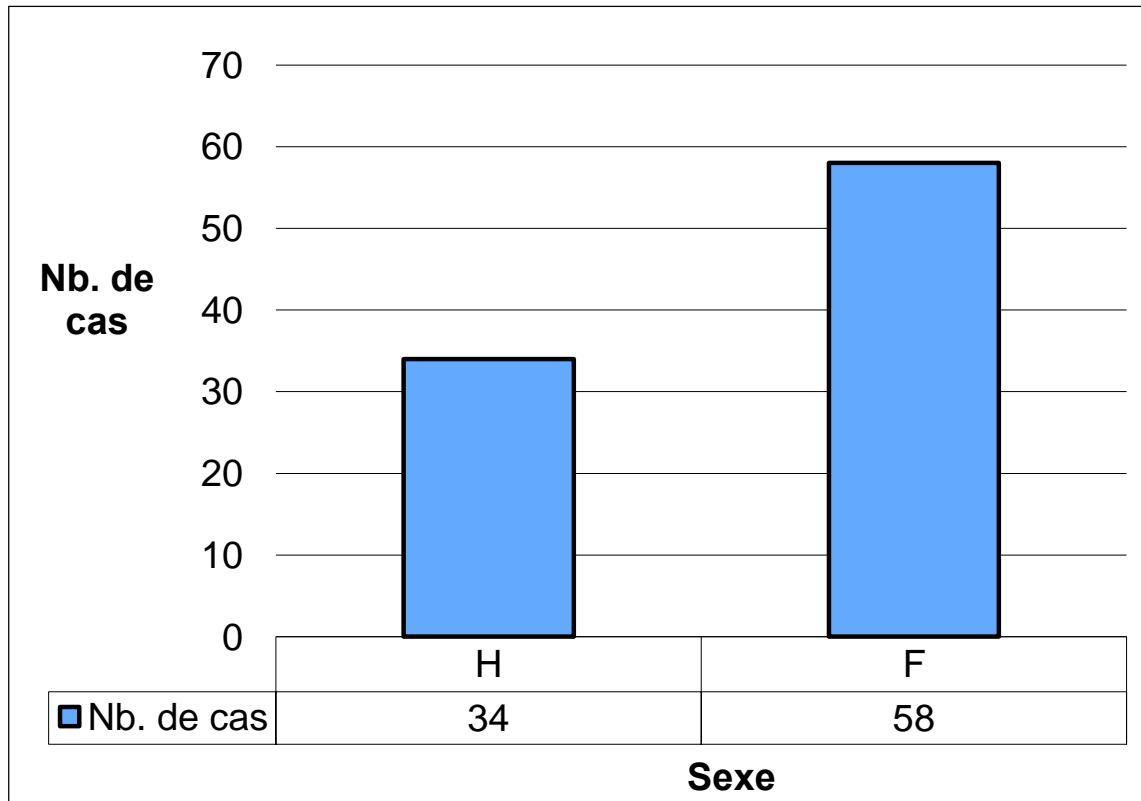
Étape 6 Les mises à jour hebdomadaire des diagrammes peuvent être effectuées manuellement, mais les versions électroniques doivent également être mises à jour et enregistrées chaque semaine afin d'être disponibles pour la rédaction des rapports.

Figure 4 : Exemple de relevés de niveaux de chlore au niveau des foyers pour le Secteur 1B



De la même manière, si les données sont ventilées d'après l'âge et le sexe, des schémas de transmission peuvent être mis en évidence et il sera alors plus facile de concentrer les actions sur les personnes les plus exposées : voir l'exemple de la [Figure 5](#).

**Figure 5 : Cas de choléra par sexe dans le camp de réfugiés de l'International Rescue Committee à Kiryandongo, en Ouganda**



## Références

Ariane Bauernfeind, Alice Croisier, Jean-François Fesselet, Michel van Herp, Elisabeth Le Saoût, Jean Mc Cluskey, Welmoet Tuynman (2004) *Cholera Guidelines* (deuxième édition), Paris : Médecins Sans Frontières, <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/choleraguide.pdf>

S. House (2008), *Regional policy implications and responding to acute watery diarrhoea and cholera in the Horn, Central & Eastern Africa. Learning from experiences: improving for the future*, Document interne d'Oxfam GB.

Projet MOST (2005), *Draft Diarrhoea Treatment Guidelines for Clinic-Based Healthcare Workers*. [http://www.izincg.org/publications/files/USAID\\_DiarrENGL.pdf/at\\_download/file](http://www.izincg.org/publications/files/USAID_DiarrENGL.pdf/at_download/file) (consulté en février 2012)

M.D Smith et R.J. Shaw (1996), « Technical Brief No.50: Sanitary Surveying », *Waterlines: Journal of Appropriate Technologies for Water Supply and Sanitation* 15(2), 1996, p. 15-18.

UNICEF (2008), *UNICEF Handbook on Water Quality*, New York : UNICEF, [http://www.unicef.org/wash/files/WQ\\_Handbook\\_final\\_signed\\_16\\_April\\_2008.pdf](http://www.unicef.org/wash/files/WQ_Handbook_final_signed_16_April_2008.pdf)

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1996), *Sanitary Survey Fact Sheet 2.1 : Sanitary inspections*, [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/hygiene/emergencies/fs2\\_1.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs2_1.pdf)

OMS (2008), *WHO Guidelines for Drinking Water Quality* (troisième édition). Genève : OMS

OMS (2012), *World: Areas reporting cholera outbreaks, 2010–11*. Dernière édition disponible via <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/> (dernière visite en février 2012)

OMS/CDD (1993), *Le traitement à domicile de la diarrhée comme moyen de prévention de la déshydratation : le choix des liquides et des aliments à donner. Directives pour l'élaboration d'une politique nationale*, [http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO\\_CDD\\_93.44\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_CDD_93.44_fre.pdf)

WHO/UNICEF (2004), *Déclaration commune sur la prise en charge clinique de la diarrhée aiguë*, Genève et New York : OMS et UNICEF, <http://www.who.int/cholera/technical/WHOPolicyNovember2008.pdf>

---

© Oxfam International, juin 2012

Ce document est protégé par droits d'auteur, mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel : <mailto:policyandpractice@oxfam.org.uk>.

Les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

<http://www.oxfam.org.uk/>

Publié par Oxfam Grande-Bretagne pour Oxfam International sous le numéro ISBN 978-1-78077-116-8 en mai 2012. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK.

### **Oxfam**

Oxfam est une confédération internationale de 17 organisations qui travaillent ensemble dans 92 pays pour trouver des solutions durables à la pauvreté et l'injustice. N'hésitez pas à contacter les organisations répertoriées ci-dessus, par téléphone ou par courrier, pour toute information complémentaire. Vous pouvez également vous rendre sur [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org).