



Depuis la première épidémie de choléra dans le pays en octobre 2010 et une phase de diagnostic, le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) a élaboré un Plan National d'Élimination du Choléra (PNEC) prévu pour être réalisé en trois phases, une phase court terme de 2013 à 2015, une phase moyen terme de 2016 à 2018, et une phase long terme de 2018 à 2022 qui aboutirait à une élimination de la pathologie dans le pays.

Chiffres clés

819 000 cas de choléra
depuis octobre 2010

9 790 décès
depuis octobre 2010

Taux de létalité : **1,2 %**

Près de **11 millions** d'euros
alloués à SI depuis 2012

16 équipes de riposte
en 2018



Sommaire

- 02 GOUVERNANCE ET STRATÉGIE NATIONALE
- 03 CONTEXTE DE LA MALADIE
- 04 CONTEXTE D'INTERVENTION
- 05 SYSTÈME DE SUIVI ÉPIDÉMIOLOGIQUE
- 06 APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE DE SI
- 09 RESSOURCES
- 10 PERSPECTIVES : L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DU CHOLÉRA EN HAÏTI
- 12 POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES



1 Gouvernance et stratégie nationale

Le MSPP est en charge de la mise en œuvre de ce plan, via ses dix directions départementales de santé dont les services sont par ailleurs décentralisés au niveau d'Unités Communales de Santé (UCS). Leur nombre et emplacement sont dictés par la taille de la population couverte, de leur compétence et situation géographique. Ces UCS sont des entités administratives décentralisées chargées de mener, dans leur zone géographique, des activités de santé en partenariat avec les organismes de santé publics et privés et avec la participation de la communauté.

La Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA), créée en 2009, a pour mission d'exécuter la politique de l'Etat dans le secteur de l'eau et de l'assainissement. Elle développe et régule le secteur au niveau national et contrôle les acteurs.

Beaucoup d'efforts ont été mis depuis 2013 sur la coordination aux niveaux central et décentralisé et l'harmonisation des activités de lutte contre le choléra, et ces deux organisations, MSPP et DINEPA, ont progressivement renforcé leur collaboration depuis le début de l'épidémie.

Le PNEC met l'accent sur quatre domaines et sur une période de 10 ans (2013-2022) : eau et assainissement, service de santé et gestion des soins de santé, épidémiologie et promotion de la santé, hygiène et nutrition. La deuxième phase du PNEC (moyen terme 2016-2018) a pour objectif d'atteindre moins de 0,1 % d'incidence sur le territoire haïtien d'ici fin 2018, soit moins de 12 000 cas suspects par an. Le plan est composé de 3 axes stratégiques :

1. Coordination et aide à la décision
2. Accès aux soins préventifs (vaccination) et curatifs
3. Lutte contre la transmission : mécanisme d'alerte-réponse, accès à l'eau et à l'assainissement, promotion de la santé.

Les efforts sont particulièrement mis sur les zones de persistance et de diffusion de l'épidémie.

La mise en œuvre du PNEC est financièrement soutenue depuis 2013 par UNICEF, l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), le Centre de Crise (CDC). Du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2018, plus de 700 millions USD avaient été mobilisés en soutien à ce plan. UNICEF plus particulièrement appuie le MSPP, les Directions sanitaires et la DINEPA dans la coordination des réponses apportées lors des flambées et la mise en place d'actions préventives via la Coordination Nationale de Lutte contre le Choléra (CNLCC) basée au MSPP. Les autres partenaires de mise en œuvre sont ACTED, ACF, Oxfam, CRF, FICR et SOLIDARITÉS INTERNATIONALE.

2 Contexte de la maladie

Depuis octobre 2010 et l'introduction du *Vibrio cholerae*¹ dans le département du Centre, plus de 819 000 cas de choléra ont été recensés dans le pays, dont plus de 9 700 décès, avec une létalité globale de 1,12 %. L'expansion de la maladie a été très rapide, voire exceptionnelle, notamment due à la pollution massive du fleuve Artibonite. Près de 4 000 personnes sont décédées de la maladie lors du dernier trimestre 2010, puis plus de 2 900 personnes en 2011, avec presque 252 000 cas vus.

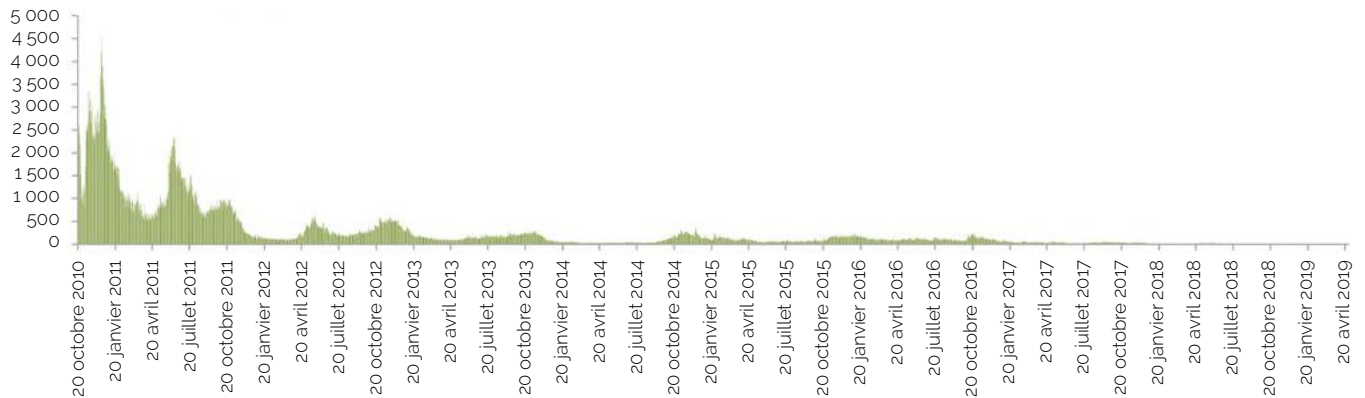
La taille modeste du pays, la densité de la population (>300 hab./km²) et l'amélioration des voies de communication entre les principales villes sont des facteurs qui ont par ailleurs joué un rôle important dans la circulation permanente de la maladie².

¹ L'épidémie est attribuée au *Vibrio cholerae* sérotype O1, sérotype Ogawa, biotype El Tor.

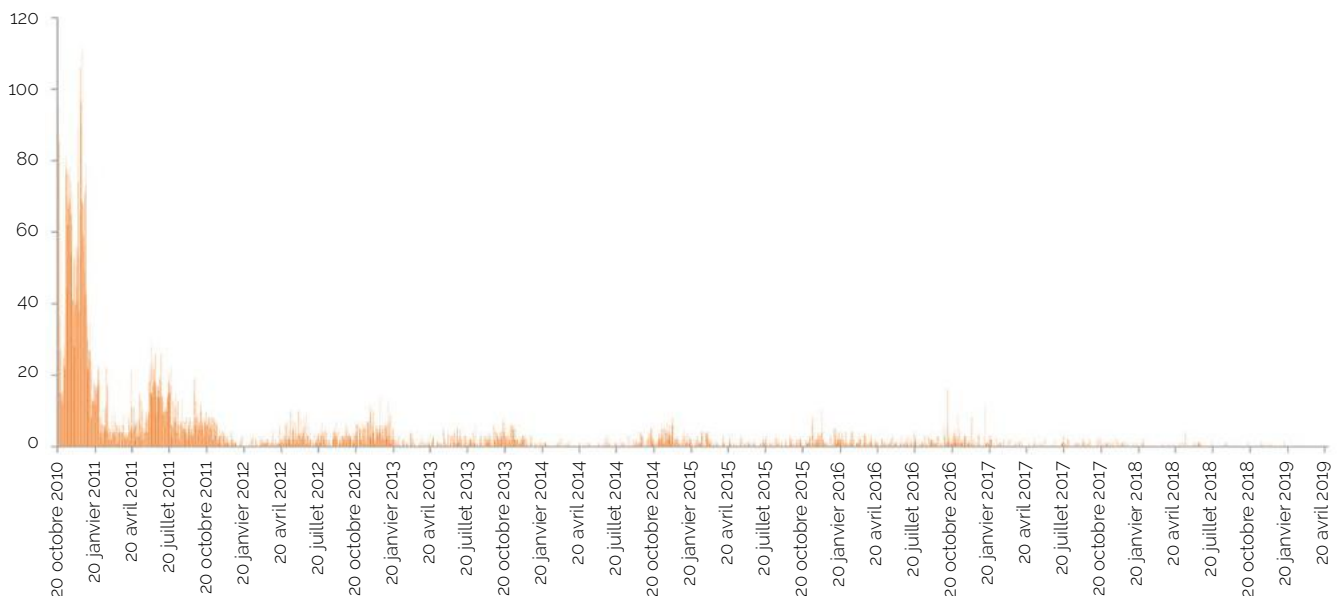
² MSPP et DINEPA, *Plan National d'Élimination du Choléra – Développement moyen terme*, 2016.

VUE GLOBALE, HAÏTI DEPUIS 2010

Choléra : nombre de cas suspects par jour en Haïti, d'octobre 2010 à avril 2019



Choléra : nombre de décès par jour en Haïti, d'octobre 2010 à avril 2019



Lors de l'écriture de la phase moyen terme du PNEC en 2016, 8 communes étaient considérées comme persistantes et prioritaires de type A (zones sources qui sont au moins 50 % des semaines en alerte rouge depuis 2014 et diffusent la maladie dans les communes alentours), principalement dans les départements du Centre et de l'Artibonite : Hinche, Mirebalais, Gonaïves, Saint-Marc, Le Cap, Cabaret, Croix des Bouquets et Carrefour. En saison de basse transmission, ce sont dans ces communes que les cas persistent avant de rediffuser vers les communes limitrophes. Dans la Zone Métropolitaine de Port-au-Prince (ZMPP), où SI est fortement présente, il y a une transmission permanente mais faible (hors périodes de flambées) qui oscille entre 10 et 30 cas suspects par jour sur un ensemble de quartiers disparates.

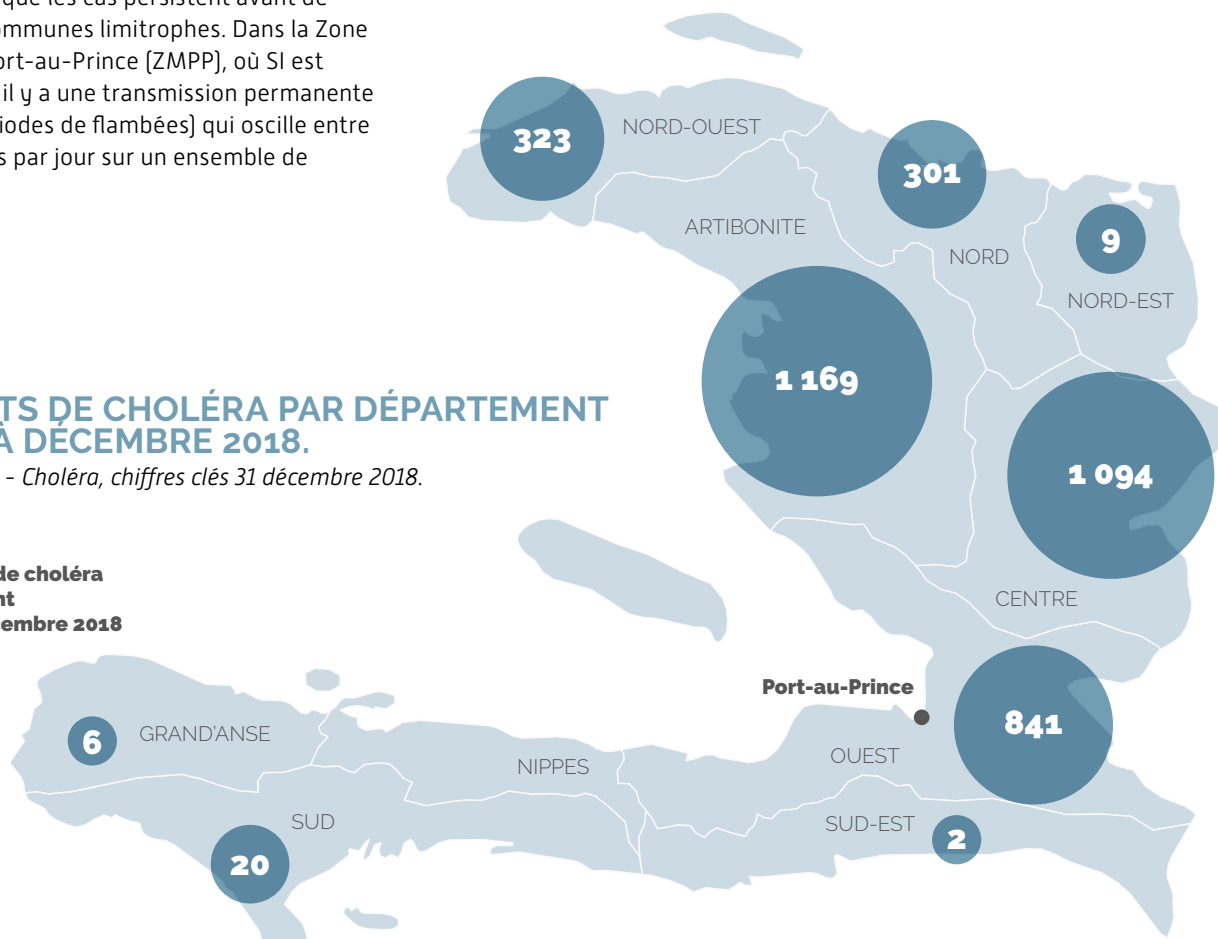
Selon le MSPP, depuis janvier 2018 :

- **un cas suspect** est une personne présentant une diarrhée aiguë aqueuse avec signe de déshydratation ;
- **un cas confirmé** est un cas pour lequel un échantillon de selle ou de vomis a été prélevé puis analysé au laboratoire, et dont le résultat de culture est positif avec *Vibrio cholerae* O1 Inaba ou Ogawa.

CAS SUSPECTS DE CHOLÉRA PAR DÉPARTEMENT DE JANVIER À DÉCEMBRE 2018.

Source : OCHA - Haïti - Choléra, chiffres clés 31 décembre 2018.

Cumul des cas de choléra par département de janvier à décembre 2018



3 Contexte d'intervention

Haïti a une population de près de 11 millions de personnes³, avec plus de 55 % de la population vivant en milieu urbain en 2018, dont 2,6 millions à Port-au-Prince⁴.

L'extrême vulnérabilité d'Haïti aux maladies hydriques est due aux très mauvaises conditions sanitaires globales du pays (et sans doute sous-estimée) : en 2012, 31 % de la population n'avait pas accès à l'eau potable et 83 % à une installation améliorée d'élimination des excréments⁵. Par ailleurs, 46 % de la population haïtienne n'a pas un accès direct aux soins de santé, sans compter le manque de bonnes pratiques d'hygiène pour la plupart de la

population⁶. Ces chiffres cachent un écart profond entre les zones urbaines et rurales : l'accès à l'eau s'élève à 75 % dans les zones urbaines contre 47 % dans les zones rurales, et 55 % et 16 % respectivement pour ce qui est de l'accès à l'assainissement⁷.

³ Données de la Banque Mondiale pour 2017.

⁴ Données de la CIA pour 2018.

⁵ Rapport 2012 du programme commun OMS/UNICEF.

⁶ Ibid.

⁷ Banque Mondiale, Gouvernement Haïtien et Nations-Unies, *Haïti : Eau propre, assainissement amélioré, meilleure santé*, Rapport de la conférence, 9 octobre 2014.

4 Système de suivi épidémiologique

Au niveau national, l'Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire du MSPP (UADS/MSPP) déclare l'épidémie au niveau national et applique la stratégie pays. Les Directions Sanitaires départementales prennent le relai dans la gestion de la réponse. Ainsi, au niveau de chaque département, un coordinateur choléra, sous l'égide du MSPP, est rattaché à la Direction Sanitaire ; l'une de ses missions est d'assurer le suivi épidémiologique avec l'appui d'un épidémiologiste départemental.

Un système de surveillance est mis en place au niveau des centres de traitement des diarrhées aiguës (CTDA) et des communautés pour permettre d'alerter les équipes de riposte de l'apparition d'un cas suspect. Les CTDA notifient donc les cas vus, hospitalisés et les décès suspects de choléra, via le maintien de registres comprenant les informations minimales sur les cas vus. La confirmation par culture se fait par le Laboratoire Nationale de Santé Publique. Des sentinelles mises en place dans les CTDA remontent les informations aux équipes de riposte, ce qui leur permet d'être plus réactives et efficaces.

Au niveau communautaire, la surveillance est effectuée par la FICR, la CRF, la CRH et les relais communautaires. Ces derniers sont des personnes clés de la communauté qui se chargent de la remontée d'information, mais qui ne sont pas forcément rattachées au système de santé. Ces différents acteurs doivent alerter les équipes de riposte :

- en cas de rumeur d'un ou plusieurs décès dus à une diarrhée ;
- en cas de rumeur ou cas groupés de diarrhées aiguës avérées dans une localité ou un ménage ;
- en cas de diarrhée reporté suspect de choléra par la population.

Ces alertes sont remontées par téléphone (appels, forums téléphonique type whatsapp) vers les équipes de réponse SI ou vers les Directions Sanitaires dont le coordinateur choléra fait redescendre l'information aux équipes de riposte.

Il est demandé aux acteurs en eau potable, assainissement et hygiène (EPAH) d'intervenir sur tous les cas suspects même avec un résultat de diagnostic médical négatif au choléra.





5 Approche et méthodologie de SI

La lutte contre le choléra en Haïti se décline en deux volets. Le volet santé comprend la prise en charge du patient dans un centre spécialisé (CTDA) par des acteurs santé. Le volet investigation comprend la collecte d'information auprès du malade au CTDA puis la visite à son domicile pour identifier les sources potentielles de contamination, diffuser des messages de prévention (bonnes pratiques d'hygiène) et procéder à la désinfection du foyer du patient et habitations alentours afin de créer un cordon sanitaire et éviter la propagation de la maladie.

SOLIDARITÉS INTERNATIONALE (SI) s'inscrit dans le deuxième volet et suit la stratégie telle que définit dans le

PNEC. Cette stratégie correspond à une double approche "coup de poing" (contrôle) et "bouclier" (prévention). D'un côté, SI appuie les équipes d'intervention rapide du MSPP pour assurer une réponse rapide aux alertes de choléra. D'un autre côté, elle travaille avec les communautés pour réduire leur exposition aux risques de maladie grâce à l'amélioration de l'accès à l'eau potable, à la diffusion des messages de prévention et la gestion des excréta humains.

SI intervient dans des types de zones variées (urbaine, semi-urbaine et rurale) et des zones où l'historique et l'épidémiologie du choléra ont varié au fil des années.



RÉPONSE "COUP DE POING"

En 2018, SI dispose de 16 équipes de riposte, accompagnées par un infirmier des Équipes Mobiles d'Intervention Rapide (EMIRA – équipes du MSPP).

L'investigation est la première étape de la réponse et est menée à deux niveaux :

1. Au niveau du CTDA :

SI appuie la distribution de Carry Blair (Kit milieu de prélèvement clinique d'échantillon fécal), le transport au LNSP (voir réponse bouclier) et le suivi pour avoir les résultats. Une évaluation rapide EHA est également faite pour vérifier que les standards EHA sont respectés.

2. Au niveau communautaire :

les équipes de riposte interrogent le foyer de la personne malade afin de compléter les informations détenues par le CTDA, notamment sur les activités communautaires (marchés, rassemblements, personnes ayant été en contact avec le malade...), les sources d'approvisionnement en eau et les toilettes. Les personnes ressources de la communauté sont également interrogées pour collecter des informations sur d'éventuels autres cas de diarrhées aiguës.

En parallèle, les équipes SI + EMIRA lancent la réponse communautaire sous 24h majoritairement :

- une cartographie des cas est réalisée chaque mois pour comprendre la dynamique de l'épidémie ;
- un cordon sanitaire est réalisé autour de la maison du malade pour limiter la propagation : la taille minimale du cordon est soit de 20 foyers, soit de 50 mètres de rayon. L'ensemble du cordon sanitaire est couvert par l'activité de désinfection.

Des kits choléra sont distribués aux foyers du malade et dans le cordon sanitaire. Cela est accompagné d'une sensibilisation à l'utilisation des différentes composantes du kit. Les kits peuvent aussi être pré-positionnés dans les CTDA, auquel cas le kit est remis directement au malade lors de sa sortie.

Les équipes font le suivi trois jours après les interventions communautaires.

Au niveau EHA, un point de chloration est mis en place suite à une évaluation rapide. Des personnes sachant écrire et vivant à proximité du point d'eau sont formées pour réaliser des tests de Chlore Résiduel Libre (CRL) et pour faire de la sensibilisation. Les points de chloration sont installés pour une durée d'une semaine renouvelable, et retirés 15 jours après le dernier cas de choléra dans la zone.

Les activités d'information et de sensibilisation sont menées dans le cadre spécifique de la riposte ainsi que pour les activités "boucliers". Celles-ci sont menées par les agents sensibilisateurs en porte-à-porte dans le foyer du malade et du cordon sanitaire. Au cas où un risque de transmission dans un lieu de rassemblement a été identifié lors de l'investigation, les autorités en charge sont contactées et doivent mettre en œuvre des activités de sensibilisation sur ce lieu.

Kit choléra

Depuis 2017, ce kit, prévu pour un mois, est composé de :

5 sachets de SRO,

150-200 pastilles d'Aquatab,

3-5 morceaux de savon,

1 flyer de sensibilisation,

1 seau à robinet.



RÉPONSE "BOUCLIER"

Outre les activités de sensibilisation mentionnées précédemment pour la réponse "coup de poing", des sensibilisations de type préventif sont réalisées lors de grands rassemblements (marché, fête patronale, fête nationale, carnaval...), au niveau des gares routières, écoles, gaguères, églises, etc. Depuis 2017, SI a trois équipes d'engagement communautaire qui ont pour mission d'empêcher la récurrence de flambées de choléra dans les zones affectées initialement en engageant les communautés : autorités locales, organisations communautaires, marchands.

"Au final, la stratégie de SI en matière de lutte contre la persistance du choléra est de renforcer l'approche structurelle pour inscrire la réponse dans la durée."

Une autre composante du bouclier structurel est le renforcement des infrastructures d'approvisionnement en eau potable et en assainissement. Pour se faire, SI réhabilite et construit des ouvrages d'approvisionnement en eau pour améliorer durablement l'accès à l'eau potable, puis suit ces infrastructures (notamment les points d'eau avec la vérification par test rapide de la qualité de l'eau). En 2018, une Equipe Mobile de Réponse Rapide en Eau Potable, Assainissement et Hygiène (EMO EPAH) a été mise en place, qui permet une réponse dans le domaine EPAH en étroite collaboration avec la DINEPA.

Pour un impact et une durabilité accrus, l'accent est mis sur le renforcement des capacités des acteurs locaux à des fins de responsabilisation et d'intégration des préoccupations liées à la bonne gouvernance locale. Cet appui se fait :

- **pour la coordination intersectorielle (santé – EHA) :** organisation de réunions de coordination (table sectorielle choléra) et de réunions ad hoc en fonction des flambées ;
- **pour la surveillance épidémiologique :** appui à la collecte et analyse des données, à la cartographie et à la diffusion, au transport des échantillons de confirmation des TDR [Test Diagnostique Rapide] au LNSP [Laboratoire National de Santé Publique];
- **pour la réponse rapide aux alertes :** formation des hygiénistes des CTDA.

Par ailleurs, SI cible les vendeurs des marchés et les forme sur les risques de transmission de maladie à caractère oro-fécale. Les équipes font la promotion du traitement de l'eau à domicile via le marketing social (et l'approche ABCD – Approach focused on Behaviour Change Determinants) afin d'assurer l'accès à une eau chlorée à travers les kiosques publics, les vendeurs d'eau privés et le traitement de l'eau à domicile. SI a également mis en place ou dynamisé des Comités d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement (CAEPA) et des Comités de Gestion de l'Eau dont le rôle est d'assurer au quotidien le fonctionnement et l'entretien des systèmes d'approvisionnement. La réponse EMO EPAH s'arrête après la mise en place des recommandations de l'évaluation des risques réalisée par les équipes de SI. UNICEF et le Département Réponse aux Urgences (DRU) à la DINEPA actent la fin de la réponse.

Au final, la stratégie de SI en matière de lutte contre la persistance du choléra est de renforcer l'approche structurelle pour inscrire la réponse dans la durée. En parallèle de ce volet, qui comprend notamment des formations et sensibilisations ainsi que des réhabilitations, la réponse en urgence est assurée à une échelle départementale, et en cas de flambée à l'échelle nationale. La mobilité des équipes est une nécessité pour aboutir à l'élimination de la maladie conformément au PNEC.

6 Ressources

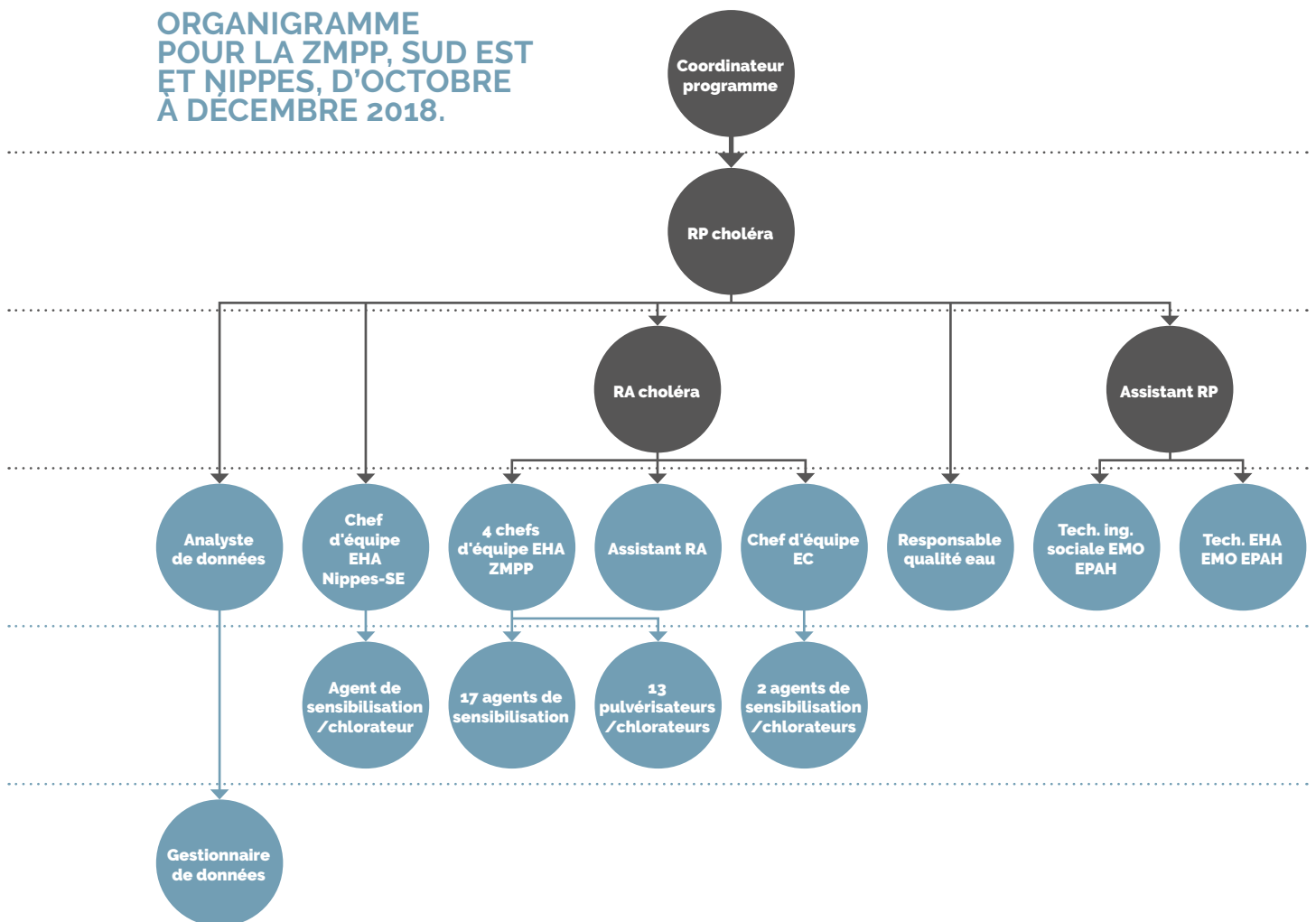
À SI, il y a 16 équipes en 2018, chacune composée de :

- un chef d'équipe qui coordonne 3 équipes,
- un agent sensibilisateur SI ;
- un agent chlorateur SI ;
- un membre d'EMIRA du MSPP qui est en charge de l'administration de prophylaxie pour le patient et son entourage, et qui participe à la diffusion des messages de sensibilisation en appui à l'agent SI.

3 des 16 équipes SI qui existent fin 2018 sont en charge de l'engagement communautaire (bouclier) mais peuvent également mettre en œuvre la riposte standard (coup de poing).

L'équipe EMO EPAH vient en appui et complète les 16 équipes. Fin 2018, elle est constituée des RP choléra, analyste de données, saisisseur de données, responsable qualité des eaux, ainsi que d'un technicien EHA et de deux techniciens ingénierie sociale.

ORGANIGRAMME POUR LA ZMPP, SUD EST ET NIPPES, D'OCTOBRE À DÉCEMBRE 2018.



“L'approche "Alerte-réponse" est à la fois innovante et efficace : les équipes mobiles d'intervention rapide du MSPP appuyées par SI, Acted et ACF peuvent déployer un cordon sanitaire en moins de 48 heures.”

7 Perspectives : l'élimination de la transmission du choléra en Haïti

INTERVENTION DES ONGs
INTERVENTION DE L'ÉTAT

ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DU CHOLÉRA EN HAÏTI

SEPTEMBRE 2018
30 CAS DE CHOLÉRA PAR SEMAINE

3. L'ÉTAT HAÏTIEN EST EN CAPACITÉ DE DURABLEMENT RÉGULER,

Le choléra est une thématique prioritaire pour le gouvernement

1. DES ÉQUIPES DE RÉPONSE RAPIDE ONGI/EMIRA SONT CAPABLES D'INTERVENIR APRÈS L'IDENTIFICATION DE TOUT CAS SUSPECT JUSQU'À L'ATTEINTE DES 0 CAS PAR SEMAINE

La détection rapide du vibron facilite la destruction des foyers de choléra

2. UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE INSTITUTIONNEL ET COMMUNAUTAIRE, ET DE DÉTECTION

Des laboratoires fonctionnels existent dans chaque département

Les CTDA/centres de santé communautaires sont en capacité de prendre en charge les cas de diarrhée aiguë

5. LES POPULATIONS ADOPTENT DURABLEMENT DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE

L'eau potable est accessible pour tous de manière durable

La couverture en eau et la qualité de l'eau sont garanties par une complémentarité acteurs publics et privés

Les populations ont les moyens d'acheter de l'eau

L'école est un moteur clef dans la transmission des bonnes pratiques d'hygiène

Les enfants véhiculent les messages auprès des adultes et sont des agents du changement de comportements au sein de leurs familles

Les acteurs privés trouvent leur intérêt (financier) dans l'engagement pour l'approvisionnement d'eau potable

Le PNEC table sur la disparition du pathogène en Haïti d'ici 2022. Dans cette optique, les équipes de SOLIDARITÉS INTERNACIONAL ont développé en 2018 une logique d'intervention pour l'ultime phase du PNEC et l'élimination de la transmission du choléra en Haïti. Cette feuille de route permet aux équipes d'adapter leurs interventions EHA, mais également d'identifier les acteurs, notamment étatiques et communautaires, avec lesquels elles doivent travailler et renforcer, afin de pouvoir aboutir à cet objectif final.

Les cinq conditions nécessaires en rouge dans le visuel représentent des résultats auxquels SI joue un rôle crucial en tant qu'acteur EHA ; elles interviennent à différents moments en fonction de l'évolution de la courbe épidémiologique.

Les activités correspondant à chacune de ces 5 conditions sont les suivantes, avec en bleu celles pour lesquelles SOLIDARITÉS INTERNACIONAL a une forte plus-value, et, par conséquent, axe sa réponse depuis début 2019.

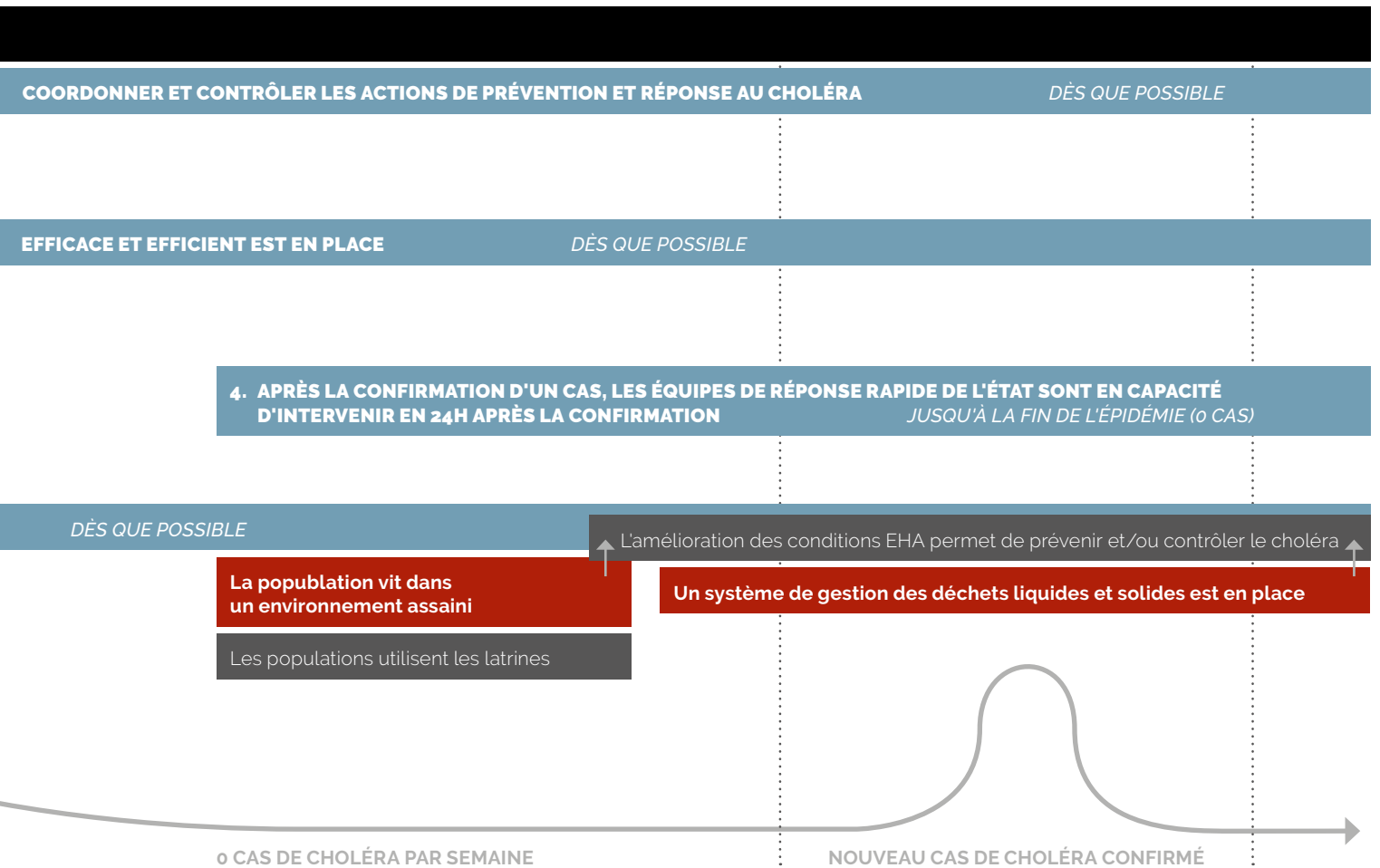
1. Mobilisation constante des équipes de réponse rapide des ONGs et EMIRA pour intervenir pour tout cas suspect jusqu'à l'atteinte des 0 cas par semaine.

ACTIVITÉS Investigation de cas et mise en place d'un cordon sanitaire ; désinfection domiciliaire ; distribution des kits choléra ; distribution de prophylaxie ; promotion de l'hygiène ; désinfection/réhabilitation des points d'eau.

2. Mise en place d'un système de surveillance institutionnel et communautaire et de détection efficace et efficient.

ACTIVITÉS LIÉES À LA SURVEILLANCE Aménagement des centres de santé existants pour accueillir des cas suspects ; construction de centres de santé ; formation des personnels de santé à la prise en charge des cas suspects ; distribution d'équipements et de consommables.

ACTIVITÉS LIÉES À LA DÉTECTION Formation des personnels de santé et de laboratoire ; mise en place du système logistique de transport et de chaîne du froid ; mise en place des canaux de communication pour le partage des informations.



o CAS DE CHOLÉRA PAR SEMAINE

NOUVEAU CAS DE CHOLÉRA CONFIRMÉ

ACTIVITÉS LIÉES À LA VEILLE COMMUNAUTAIRE

Renforcement des différents points focaux au sein des communautés ; sensibilisation pour la démystification du choléra pour éviter le sentiment de honte des malades et leurs familles...

3. Régulation, coordination et contrôle des actions de prévention et réponse par l'État haïtien.

ACTIVITÉS Donner aux experts étatiques (MSPP, DINEPA, MENFP) les moyens de fonctionner durablement, grâce à des moyens financiers, logistiques et à un système de coordination interne et externe.

4. Intervention des équipes de réponse rapide de l'État 24h après la confirmation d'un cas, et ce jusqu'à la fin de l'épidémie (0 cas).

ACTIVITÉS Mêmes activités que pour la condition 1. Ici, la plus-value de SI concerne le renforcement de capacités des acteurs étatiques.

5. Adoption durable de bonnes pratiques d'hygiène par les populations.

ACTIVITÉS LIÉES À L'EHA DANS LES ÉCOLES

Construction d'infrastructures EHA dans les écoles ; développement de cursus scolaire sur l'hygiène ; formation des enseignants ; création de clubs d'hygiène dans les écoles.

ACTIVITÉS LIÉES À L'APPROVISIONNEMENT EN EAU

Mise en place de systèmes d'approvisionnement en eau et de gestion des déchets ; construction d'infrastructures hydrauliques ; formation des comités de gestion de ces infrastructures ; mise en place d'un système de contrôle de la qualité de l'eau ; promotion des méthodes de conservation et de traitement de l'eau.

ACTIVITÉS LIÉES À L'ASSAINISSEMENT

Plaidoyer auprès des mairies pour la construction de latrines dans les maisons ; construction/réhabilitation de latrines dans les lieux publics ; mise en place de systèmes de ramassage et de gestion des déchets par les communautés ; mise en place de systèmes de gestion des eaux usées.

8 Points forts et points faibles



POINTS FORTS / BONNES PRATIQUES

La surveillance épidémiologique institutionnelle est fonctionnelle : les deux types de veille au niveau des centres de traitement et des communautés permettent une couverture très large. Grâce à la mise en place des sentinelles dans les CTDA, les équipes de riposte ont pu être beaucoup plus réactives et efficaces (quasiment moins de 24h en ZMPP).

Le renforcement des capacités des acteurs locaux permet une stratégie de sortie progressive qui se réalise en parallèle de la réduction des cas de choléra et d'incidence. L'équipe mixte SI – EMIRA est un très bon exemple de cela.

Une logique d'intervention a été développée pour la réponse choléra dans le pays, dans laquelle SOLIDARITÉS INTERNATIONAL trouve toute sa place et a une réelle valeur ajoutée, notamment pour le renforcement des capacités opérationnelles des structures étatiques décentralisées.



POINTS FAIBLES

La participation étatique est parfois limitée, notamment dans la contractualisation et la coordination de certaines activités.

Paradoxalement aux renforcements des capacités des acteurs locaux dans une stratégie de sortie progressive, les acteurs et autorités locaux sont dépendants de l'intervention des ONGs mené par UNICEF, notamment dans l'utilisation d'équipements et des mécanismes logistique de réponse.

Difficulté de pouvoir répondre à 100 % des cas suspects dans les 48h, car certaines zones restent difficiles d'accès. Les activités de suivi dans les endroits reculés lors des missions post intervention sont difficiles à réaliser pour les mêmes problématiques d'accès.



CONTACT

SOLIDARITÉS INTERNATIONAL

DIRECTION DES OPÉRATIONS ADJOINTE AUX PROGRAMMES

info@solidarites.org

DIRECTEUR DE LA MISSION HAÏTI

cdm@solidarites-haiti.org

www.solidarites.org

RESSOURCES

Choléra : Haïti 2010-2018, histoire d'un désastre
Renaud Piarroux

Plan National d'Élimination du Choléra moyen terme 2016-2018
MSPP

Site internet d'UNICEF, Intervention et prévention : lutter contre le choléra en Haïti
(<https://www.unicef.org/fr/recits/intervention-et-prevention-lutter-contre-le-cholera-en-haiti>)

De Vos Propres Veux : Pour en finir avec le choléra
(<https://devospropresyeux.org/saisons/ha%C3%A9ti/episode-episode-1/>)

L'approche ABCD - l'approche basée sur les déterminants du changement de comportement
(<https://www.solidarites.org/wp-content/uploads/2017/05/Lapproche-ABCD-2017.pdf>)

HAÏTI

LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

FICHE TECHNIQUE - 2019

RÉDACTION
SOLIDARITÉS INTERNATIONAL

PHOTOS
Camille Niel

COUVERTURE
Camille Niel

CONCEPTION GRAPHIQUE
ET ILLUSTRATION
Frédéric Javelaud