



GLOBAL TASK FORCE ON
CHOLERA CONTROL

Document d'orientation provisoire destiné à accompagner
les pays pour l'élaboration de leur

PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
OBJET DU PRÉSENT DOCUMENT	8
DEMARRAGE DU PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA	10
A. Engagement des pays	10
B. Identification des points chauds du choléra	11
C. Analyse de la situation	12
1. Évaluation des capacités	12
2. Cartographie des parties prenantes et des initiatives existantes	13
D. Leadership multisectoriel et mécanisme de coordination	15
E. Formulation d'un objectif national	16
DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA	17
A. Surveillance et notification	18
B. Renforcement du système de santé	23
C. Administration du vaccin anticholérique oral	27
D. Eau, hygiène et assainissement (EHA)	30
E. Engagement communautaire	34
SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE	37
A. Coordination	37
B. Surveillance et signalement	38
C. Renforcement du système de santé	39
D. Administration du vaccin anticholérique oral	40
E. Eau, hygiène et assainissement	41
F. Engagement communautaire	42

Annexe 1 : <i>Plan national de lutte contre le choléra : Démarrage et Développement</i>	45
Annexe 2 : <i>Ressources des partenaires disponibles pour les pays</i>	47
Annexe 3 : <i>Analyse SWOT</i>	48
Annexe 4 : <i>Analyse des parties prenantes</i>	49

Abbreviations and Acronyms

ESSI	Effets secondaires suivant l'immunisation
TL	Taux de létalité
ASC	Agent de santé communautaire
CTC	Centre de traitement du choléra
GTFCC	Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra
ICG	Groupe international de coordination
PCI	Prévention et contrôle des infections
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
S&E	Suivi et évaluation
PNC	Plan national de contrôle et/ou d'élimination du choléra
VCO	Vaccin anticholérique oral
PRO	Point de réhydratation orale
SRO	Solution de réhydratation orale
PCR	Réaction de polymérisation en chaîne
ESP	Établissements de santé périphériques
EPI	Équipement de protection individuelle
TDR	Test de diagnostic rapide
ODD	Objectif de développement durable
SOP	Procédure opérationnelle standard
SWOT	Forces, faiblesses, opportunités et menaces
EHA	Eau, hygiène et assainissement
OMS	Organisation mondiale de la santé

INTRODUCTION

Le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) a lancé Mettre fin au choléra : Une feuille de route mondiale pour 2030 (la Feuille de route mondiale)⁽¹⁾. Cette stratégie vise à **réduire de 90 % le nombre de décès dus au choléra dans le monde et à mettre fin à la maladie dans au moins 20 pays d'ici 2030**. Elle est organisée selon trois axes principaux :

- assurer une **détection et une réponse précoces** pour contenir les épidémies⁽²⁾ ;
- adopter une **approche multisectorielle** pour prévenir et contrôler le choléra dans les points chauds ; et
- mettre en place un **mécanisme de coordination efficace** de l'appui technique, la mobilisation des ressources et des partenariats aux niveaux local et mondial.

La réalisation de ces objectifs mondiaux exige la mise en œuvre effective d'interventions multisectorielles de lutte contre le choléra au niveau national. Le GTFCC a identifié **cinq piliers** qui constituent la base de stratégies efficaces de lutte contre le choléra et nécessitent une coordination forte :

- Surveillance et signalement
- Renforcement du système de santé
- Utilisation du vaccin anticholérique oral (VCO)
- Eau, hygiène et assainissement (EHA)
- Engagement communautaire

Dans les pays touchés par le choléra aujourd'hui, des interventions spécifiques à chaque contexte doivent être identifiées pour chacun de ces cinq piliers et organisées dans un **Plan national de contrôle et/ou d'élimination du choléra (PNC)**.

Un PNC est un document multisectoriel et complet qui énonce l'objectif d'un pays en ce qui concerne la lutte contre le choléra ou son élimination, et qui détaille tous les aspects

de la stratégie nationale à cet effet. **Le PNC doit être dirigé au niveau national et être adapté au contexte**. Tous les ministères, organismes et institutions gouvernementaux compétents, y compris ceux qui ne relèvent pas du secteur de la santé, doivent participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du PNC. Les activités incluses dans le PNC doivent être budgétisées et alignées sur les objectifs et les axes énoncés dans la *Feuille de route mondiale*.

Un PNC est aussi un **document dynamique, pluriannuel et opérationnel** qui contient des plans de mise en œuvre et de suivi détaillés. Dans son PNC, le pays définira des étapes clés pour mesurer les progrès et mettre en œuvre toute mesure corrective visant à améliorer les résultats et les efforts en vue d'atteindre les objectifs fixés. Au fur et à mesure que les activités progressent, les **plans opérationnels doivent être revus et mis à jour régulièrement – au minimum une fois par an** – pour tenir compte de l'épidémiologie du choléra du moment.

Les PNC peuvent être **conçus à partir de ou être intégrés à des plans** (p. ex. des plans de préparation et de réponse à une épidémie de choléra, un plan d'action national pour la sécurité sanitaire, etc.), **initiatives** (p. ex. l'eau, l'hygiène et l'assainissement pour tous) **ou des programmes** (p. ex. le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques) **existants** ; ils ne doivent pas compromettre ou remplacer ce qui a déjà été mis en place.

Il est important de noter que l'élaboration et la mise en œuvre des PNC doivent être **guidées par des valeurs universelles**, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ces valeurs comprennent une approche fondée sur les droits de la personne (notamment l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes) et doivent être inclusives. Les activités menées dans le cadre du PNC doivent être menées à bien sur un pied d'égalité – sans discrimination aucune – et doivent être axées sur les membres les plus vulnérables et marginalisés de la société.

Le GTFCC peut aider les pays tout au long du processus de développement et peut contribuer activement à l'appui technique à la mise en œuvre des activités une fois que le plan aura été approuvé au niveau national. Le GTFCC a mis en place un **comité d'examen indépendant**⁽³⁾ (IRP), qui est une équipe d'experts impartiaux chargée de fournir une évaluation technique rigoureuse et indépendante des PNC des pays.

OBJET DU PRÉSENT DOCUMENT

L'objectif de ce document est de fournir des orientations pratiques aux pays pour l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de leur PNC. Le présent document est aligné sur les exigences de la Feuille de route mondiale et sur les critères qui seront utilisés par le Comité d'examen indépendant du GTFCC pour évaluer le PNC. Il fournit également un ensemble d'indicateurs que les pays peuvent utiliser pour rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de leur PNC.

Ce document est destiné aux professionnels travaillant dans tous les secteurs pertinents de l'administration nationale (santé, eau, construction, finances, éducation, etc.), aux instituts de santé publique et aux partenaires techniques impliqués dans les activités de prévention et de lutte contre le choléra. Le processus est également résumé à l'**annexe 1**.

La conception et l'exécution d'un PNC peuvent être divisées en quatre phases, illustrées dans le graphique ci-dessous. Ce document décrit trois de ces quatre étapes du processus :

- **Démarrage** décrit les phases préparatoires du développement du PNC ;
- **Elaboration** fournit des orientations pour le contenu de chaque pilier technique et pour l'élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PNC.
- **Suivi de la mise en œuvre** donne des indications sur le calendrier des évaluations périodiques et des rapports aux autorités nationales ainsi qu'au GTFCC.

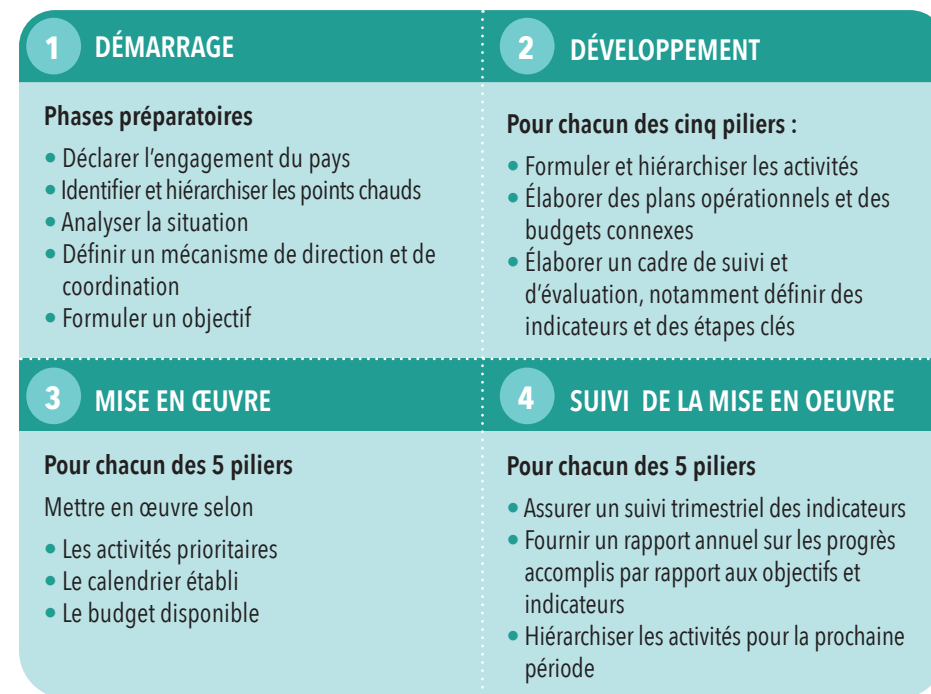
BOÎTE À OUTILS ET RÉFÉRENCES DU GTFCC



- 1) Appel à l'action : lancement de la Feuille de route mondiale à l'horizon 2030 <https://www.gtfcc.org/fr/a-propos-du-gtfcc/feuille-de-route-2030/>
- 2) Manuel de terrain sur la réponse à l'épidémie de choléra, octobre 2019 <https://choleraoutbreak.org/fr>
- 3) Termes de référence du Comité d'examen indépendant (anglais) <http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/11/gtfcc-terms-of-reference-review-panel.pdf>

La phase de mise en œuvre sera cruciale et dépendra nécessairement des activités que chaque pays aura identifiées pour répondre à ses besoins. Le présent document n'a pas pour vocation de donner aux pays des directives précises sur la manière de procéder à la mise en œuvre de leur PNC, mais énonce des principes de base tels que la hiérarchisation des activités en fonction de leur ordre logique (et des ressources disponibles qui seront nécessaires).

Figure A



Bien que dans ce document, l'élaboration d'un plan national de contrôle du choléra soit présentée schématiquement comme un processus linéaire, le véritable processus de planification est dynamique. Les phases de préparation et de développement sont interdépendantes, et les étapes présentées dans le tableau ci-dessous ne peuvent pas être menées de façon séquentielle.

Une fois la mise en œuvre commencée, un suivi et des évaluations régulières seront intégrées au processus d'examen annuel et le plan sera révisé au fil du temps conformément aux résultats du processus de suivi et d'évaluation.

DEMARRAGE DU PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

S'engager dans le développement d'un PNC signifie que le choléra est reconnu comme une priorité nationale par le pays. La démonstration d'une volonté politique et d'un engagement dans la Feuille de route mondiale est considérée comme une condition préalable à l'élaboration d'un PNC. Cela marque le début de la phase préparatoire du plan qui comprend l'identification des zones d'intervention prioritaires (également appelés points chauds du choléra), et l'identification des mécanismes et des parties prenantes qui peuvent être mis à profit pour assurer une coordination efficace des phases d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi du PNC. L'analyse de la situation facilitera la formulation de l'objectif national en matière de contrôle ou d'élimination du choléra et la mise en place d'un mécanisme de coordination qui guidera la mise en œuvre du PNC.

A. Engagement des pays

Le pays exprime officiellement son **engagement politique, technique et financier** dans le contrôle ou l'élimination du choléra par une approche multisectorielle. Le pays doit s'engager à respecter les principes directeurs suivants :

- **Alignement sur l'approche décrite dans la Feuille de route mondiale**
- Le PNC doit être **multisectoriel et global** ; les ministères, organismes gouvernementaux et institutions compétents à tous les niveaux (national, régional et municipal) – ainsi que le secteur privé – doivent être associés au processus (les secteurs concernés sont la santé, l'eau, la construction, les finances, l'éducation, la production alimentaire, etc.)

- Le PNC doit être **lié aux systèmes de santé et EHA existants et aux cadres et plans d'urgence et de développement pertinents**.
- Le PNC doit être **pluriannuel** et comporter des plans de suivi et d'évaluation des progrès réalisés par le pays dans le temps.
- Le PNC énonce l'**objectif du pays** en matière de contrôle ou d'élimination du choléra.



Exemple d'activités à envisager :

Les expressions d'engagement varieront selon le pays. Voici quelques exemples :

- Création d'un programme national sur le choléra
- Élaboration d'une législation spécifique sur le contrôle du choléra
- Organisation d'une réunion au niveau national avec les principales parties prenantes
- Engagements écrits ou publics à la réalisation des objectifs de la Feuille de route mondiale

B. Identification des points chauds du choléra

Après avoir exprimé son engagement, le pays doit procéder à une analyse de la situation. Cette analyse doit d'abord comprendre l'**identification des domaines d'intervention prioritaires, souvent appelés « points chauds » du choléra**⁽⁴⁾. Les points chauds du choléra sont des zones géographiquement limitées où les conditions culturelles, environnementales et socioéconomiques facilitent la transmission de la maladie et où le choléra persiste ou réapparaît régulièrement.

Il est important de noter que, dans le cadre du suivi et de l'évaluation du plan, **la liste des points chauds du choléra doit être revue et mise à jour chaque année**.

Outils suggérés :



Définition d'un point chaud : Une zone géographique limitée (par exemple une ville, un niveau administratif 2 ou une circonscription sanitaire ou un niveau plus bas) où les conditions environnementales, culturelles et/ou socioéconomiques facilitent la transmission de la maladie et où le choléra persiste ou réapparaît régulièrement.

- La première étape de l'identification des points chauds est l'analyse des données épidémiologiques des cinq dernières années au moins. Les renseignements à examiner obligatoirement incluent notamment l'incidence annuelle moyenne et la persistance. Le GTFCC a mis au point [un outil](#) pour faciliter cette étape.
- Une fois l'analyse initiale effectuée, les facteurs culturels, géographiques, environnementaux et socio-économiques (par exemple, les conditions EHA, la présence de groupes vulnérables, etc.) peuvent être pris en compte.
- Lorsque les points chauds sont identifiés, il est important de réunir les parties prenantes de différents secteurs et niveaux administratifs pour entreprendre un examen critique des conclusions de l'analyse.

Exemples d'activités à envisager :



- Recueillir et compiler toutes les données sur le fardeau historique du choléra. Les cinq dernières années doivent être passées en revue, au minimum.
- Créer des graphiques et des cartes pertinents pour illustrer les informations épidémiologiques.
- Sur la base de l'analyse des données, identifier les points chauds du pays et leur classement par ordre de priorité pour le risque de choléra.
- Examiner le contexte social, culturel, politique et linguistique qui pourrait avoir un impact sur la mise en œuvre du PNC, ainsi que les forces et les ressources des communautés.

C. Analyse de la situation

1. Évaluation des capacités

Les pays sont encouragés à entreprendre un examen de leurs propres capacités par rapport aux cinq piliers techniques du PNC, y compris l'identification des services, des financements et des capacités existants. L'évaluation des capacités doit également fournir une description des principales contraintes, défis et obstacles (par exemple, le manque de financement ou de ressources techniques, le manque de leadership politique ou de coordination institutionnelle, etc.) En outre, les enseignements tirés des travaux historiques et en cours doivent être mis en évidence pour chaque pilier. Dans la mesure du possible, il convient d'envisager une approche globale à travers les différents piliers.

Les pays peuvent utiliser les résultats d'évaluations et d'exercices (exercices de simulation, revues après action, etc.) qui ont déjà été menés et qui sont pertinents pour le choléra (par exemple, évaluation du système de surveillance, évaluation des laboratoires, etc.)



Outils suggérés :

- Les pays peuvent envisager d'utiliser des matrices de forces, de faiblesses, d'opportunités et de menaces (SWOT) pour réaliser cette évaluation des capacités (voir l'annexe 3).



Exemples d'activités à envisager :

Pour chacun des piliers, établir une cartographie géographique des infrastructures et des ressources pertinentes disponibles dans les points chauds du choléra (p. ex. établissements de soins de santé, centres de traitement du choléra, laboratoires, capacité de la chaîne du froid, agents de santé communautaire et parties prenantes clés des communautés, etc.) et évaluer leur fonctionnalité.

- Décrire les services et programmes EHA aux niveaux des foyers, des collectivités et des institutions (y compris les écoles et les établissements de soins de santé, les marchés, les usines, etc.)



- Identifier des sites spécifiques (sites religieux, de construction, d'exploitation minière, etc.) et des populations vulnérables¹ (réfugiés, personnes déplacées, nomades, minorités ethniques, professions à risque, etc.) dans les points chauds du choléra.
- Remplir un tableau récapitulatif de toutes les informations pertinentes sur les campagnes de vaccin anticholérique oral menées dans le pays, y compris les rapports et évaluations postérieurs à la campagne.

2. Cartographie des parties prenantes et des initiatives existantes

La troisième partie de l'analyse de la situation est une **cartographie des parties prenantes et des initiatives existantes**. Ses objectifs sont les suivants : 1) déterminer, évaluer et hiérarchiser les rôles et responsabilités des parties prenantes actives dans la prévention et le contrôle du choléra dans le pays (au sein du gouvernement et à l'extérieur et à tous les niveaux), et 2) procéder à une cartographie détaillée de toutes les initiatives et de tous les programmes existants – et des financements connexes – (par exemple, sécurité sanitaire, projets d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, etc.) qui contribuent directement ou indirectement à l'atteindre l'objectif de contrôle du choléra. Il s'agira également de déterminer les mécanismes de coordination existants qui pourraient être utilisés pour organiser et superviser la mise en œuvre et le suivi du PNC.

Les parties prenantes et les initiatives/plans à examiner ne doivent pas uniquement inclure ceux du secteur de la santé publique : pour lutter efficacement contre le choléra de manière multisectorielle, les parties prenantes des secteurs de l'EHA, de l'éducation, des finances, de la construction et de la production alimentaire doivent également être incluses. Les administrations locales et les municipalités sont également des acteurs essentiels et seront responsables de la mise en œuvre de plusieurs éléments du plan. Le secteur privé doit également être inclus dans le processus de cartographie et être consulté au cours du processus de planification.

¹ La vulnérabilité est le degré auquel une population, une personne ou une organisation est incapable d'anticiper, de faire face, de résister et de se relever des effets des catastrophes. Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide. (OMS, 2002)



Outils suggérés :

- Les pays peuvent envisager d'utiliser un outil d'analyse des parties prenantes pour identifier les acteurs et définir leur niveau d'engagement dans le PNC (voir l'annexe 4).



Exemples d'activités à envisager :

Identifier et établir une carte des rôles et des responsabilités du gouvernement, des partenaires nationaux et internationaux, des institutions et des donateurs en ce qui concerne la prévention et le contrôle du choléra dans tous les domaines, y compris l'identification des domaines de collaboration et de coordination.

- Recenser tous les acteurs (étatiques et non étatiques) et leurs rôles/capacités, présents comme futurs, dans l'élimination/le contrôle du choléra.
- Recenser les initiatives et programmes existants dans les secteurs pertinents (par exemple, la sécurité sanitaire, les projets d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, etc.) qui contribuent à la lutte contre le choléra et à l'élimination de celui-ci, et dresser la carte de toutes les activités pertinentes (avec les financements connexes).
- Établir une cartographie des flux de financement existants disponibles dans les points chauds du choléra dans les piliers de la *Feuille de route mondiale*.

D. Leadership multisectoriel et mécanisme de coordination

L'analyse de la situation aidera à **déterminer si un nouveau mécanisme de coordination doit être créé ou si la lutte contre le choléra peut être intégrée au mandat d'un organe de coordination multisectoriel de haut niveau existant. Le mécanisme national de coordination doit :**

- Inclure **tous les ministères, parties prenantes et partenaires concernés** (voir la cartographie des parties prenantes).

- **Attribuer clairement leur rôle et leurs responsabilités à tous les acteurs** et désigner un directeur de programme qui aura la responsabilité de rassembler tous les éléments et d'assurer la responsabilisation des parties prenantes, des donateurs et des bénéficiaires.
- Faire des rapports au **plus haut niveau du gouvernement** (p. ex. Premier ministre, Président).
- Établir des **circuits de communication au niveau national** entre les différents secteurs et plateformes pour partager les alertes et les informations épidémiologiques.

Du démarrage à la mise en œuvre et au suivi du plan, le mécanisme de coordination multisectoriel de haut niveau doit être chargé de :

- maintenir un engagement politique multisectoriel à tous les niveaux en vue d'atteindre les objectifs de la *Feuille de route mondiale* ;
- orienter et diriger le processus de planification et veiller à ce que le PNC soit adopté et approuvé dans tous les secteurs pertinents ;
- établir et maintenir une coordination systématique et efficace pour toutes les activités de prévention et de contrôle du choléra ;
- suivre et faire rapport aux plus hauts niveaux des autorités nationales et au GTFCC des progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions contre le choléra et leur impact.

Exemples d'activités à envisager :



Recenser les instances et mécanismes de coordination existants impliqués dans la lutte contre le choléra (p. ex. l'Équipe spéciale nationale sur le choléra, le Centre des opérations d'urgence, les clusters [santé, EHA]), les groupes de travail techniques tels que l'engagement communautaire et les plateformes régionales ; déterminer leurs termes de référence, leurs activités permanentes et leur financement.

- Le cas échéant, sélectionner l'une de ces instances et adapter les dispositions de référence. Si aucun des mécanismes de coordination existants n'est approprié, élaborer de nouveaux termes de référence et les faire approuver par le plus haut niveau de gouvernement.

E. Formulation d'un objectif national

Sur la base des informations recueillies dans le cadre de l'analyse de la situation, le pays doit formuler l'objectif global du Plan national de lutte contre le choléra. Cet objectif doit être aligné sur ceux de la *Feuille de route mondiale* et comprendre la réduction de 90 % des décès dus au choléra d'ici 2030. **Il doit également déterminer si le pays choisit l'élimination ou le contrôle, et définir cet objectif dans le temps** (p. ex. « Parvenir à l'élimination du choléra d'ici 2025 »). L'objectif du « contrôle » doit également être défini par des indicateurs de résultats souhaités (c'est-à-dire que la charge de la maladie doit être en dessous d'une incidence annuelle spécifique au niveau national ou des districts). Les objectifs doivent comporter un ensemble d'étapes annuelles pour mesurer et faire état régulièrement des progrès accomplis au GTFCC, aux donateurs et aux parties prenantes clés. Voici un exemple d'étape vers l'objectif global :

	Planification	1 ^{ère} année d'impl.	5 ^e année d'impl.	10 ^e année d'impl.
Réduction des décès dus au choléra	Moyenne sur 5 ans*	50 %	90 %	90 %
Taux de létalité	Moyenne sur 5 ans*	< 1 %	< 1 %	< 1 %
Réduction de l'incidence	Moyenne sur 5 ans/1000 personnes	N/A	75 %	100 %**

* si disponible ** Contrôle ou élimination selon l'objectif national



BOÎTE À OUTILS ET RÉFÉRENCES DU GTFCC

4) Indications et outil à l'intention des pays pour identifier les zones d'intervention prioritaires (points chauds du choléra).

<http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/11/guidance-and-tool-for-countries-to-identify-priority-areas-for-intervention.pdf>

<http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/11/gtfcc-tool-for-identification-of-cholera-hotspots.xlsx>

DÉVELOPPEMENT D'UN PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

À l'issue de l'analyse de la situation, les pays **élaborent des plans opérationnels pour chaque pilier, comportant des activités budgétisées et ciblant les points chauds du choléra**. Les plans opérationnels doivent comprendre des activités qui sont budgétisées et pour lesquelles un calendrier, les ressources disponibles et les personnes responsables sont identifiés. Ces plans devraient être revus et mis à jour régulièrement (voir la section Suivi de la mise en œuvre).

La présente section vise à fournir des **orientations sur les types d'intervention qui peuvent être inclus dans un PNC** en fonction du contexte et des besoins de chaque pays. Les interventions sont organisées d'après le pilier auquel elles sont le plus étroitement liées. Les interventions doivent être adaptées au contexte et aux capacités de chaque pays.

Dans chacune des sections, un ensemble de références du GTFCC a été inclus pour aider les pays à mener les activités. En plus des documents du GTFCC, une liste non exhaustive des ressources des partenaires est disponible à l'**annexe 2**.



Exemples d'activités à envisager :

La présente section ne donne pas d'orientation précise sur la manière dont les pays doivent concrètement organiser le développement de leur PNC, mais les principales activités et considérations à envisager sont les suivantes :

- Veiller à ce que les ministères, les parties prenantes et les organisations compétentes dans tous les secteurs participent dès le début du processus et ce jusqu'à son accomplissement complet.
- Etablir un calendrier et un plan de travail pour le processus développement.
- Identifier une personne ou un groupe de personnes responsables de la coordination du processus de développement.
- Créer des groupes de travail pour chacun des piliers qui seront chargés d'élaborer les plans opérationnels. Pour chaque pilier, une personne ou une institution décisionnaire doit être chargée de coordonner l'élaboration du plan.
- Organiser un certain nombre d'ateliers afin que toutes les parties prenantes concernées puissent discuter et examiner les progrès réalisés dans l'élaboration du PNC.

A. Surveillance et notification

Le renforcement des capacités épidémiologiques et de laboratoire pour détecter rapidement les cas de choléra, les investiguer, les confirmer et les suivre sont des éléments clés de la *Feuille de route mondiale*. Les activités de surveillance **doivent être intégrées dans le système de surveillance existant** (p. ex. la surveillance intégrée de la maladie et la réponse) et se concentrer sur l'amélioration de la capacité d'un pays à détecter et à confirmer les cas de choléra et à répondre rapidement aux épidémies de choléra. La surveillance doit également permettre de suivre étroitement l'incidence du choléra et le taux de létalité dans le temps dans les points chauds afin d'informer et d'adapter la planification stratégique, les priorités de mise en œuvre et de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du PNC. Le renforcement de la surveillance du choléra doit englober tous les aspects de la surveillance, à savoir la surveillance basée sur des événements, y compris les sources non médicales et informelles, les médias, la surveillance basée sur des indicateurs (c'est-à-dire la surveillance basée sur les centres de santé, les laboratoires, la surveillance sentinelle, etc.) et la surveillance communautaire.

Objectifs stratégiques :

- Détecter rapidement les signaux évocateurs de choléra rapportés par toutes les différentes sources, vérifier ces signaux (c'est-à-dire dans les 48 heures suivant le signal) et permettre la mise en œuvre de mesures de contrôle complètes dans un délai raisonnable (c.-à-d. dans les cinq jours suivant la confirmation en laboratoire).
- Consigner, mettre à jour, analyser et partager régulièrement des ensembles² de données dans chaque zone administrative (jusqu'au même niveau que celui utilisé pour les points chauds). Ces données doivent être intégrées dans les systèmes de surveillance existants et inclure une fonction « Aucun signalement ».

Interventions proposées à inclure dans un PNC :

1. Impliquer les communautés

- Elaborer et diffuser des documents à l'intention de la communauté (p. ex. la reconnaissance des symptômes du choléra, le signalement des cas suspects et des décès). Veiller à ce que les documents soient fournis dans les langues locales en utilisant des formulations locales et/ou des images et des catégories qui assurent une bonne compréhension.
- Organiser régulièrement des formations pour les agents de santé communautaire, les guérisseurs traditionnels et les bénévoles afin de s'assurer qu'ils puissent identifier les symptômes du choléra.
- Etablir et communiquer un processus clair de signalement des cas suspects et des décès dans les établissements de santé.
- Envisager la mise en place de systèmes de surveillance communautaires structurés qui soient intégrés dans le cadre global de surveillance (c.-à-d. fondés sur les événements et les indicateurs) afin de donner aux communautés les moyens d'agir tout en améliorant la détection précoce et le signalement.

2. Mettre régulièrement à jour les protocoles et les outils de surveillance du choléra⁽⁵⁾ :

- Elaborer et mettre à jour régulièrement des lignes directrices nationales sur la surveillance du choléra, y compris des définitions de cas normalisées, des procédures opérationnelles standard (SOP) pour la détection précoce des signaux,

la collecte de données, les analyses et les rapports, y compris la surveillance communautaire et la surveillance environnementale, des SOP pour la collecte d'échantillons, des SOP pour l'utilisation de tests diagnostiques rapides⁽⁶⁾ (TDR) et des stratégies pour la confirmation de laboratoire, des SOP pour l'acheminement et le stockage des échantillons.

- Normaliser la collecte et la transmission des données de surveillance selon un format permettant leur intégration au niveau national et, idéalement, au niveau régional ou mondial, soit en élaborant ou en adaptant les outils existants au contexte national.

3. Renforcer les capacités de détection précoce et de signalement des cas suspects de choléra

- Dispenser au personnel de santé, aux agents de santé communautaire, aux guérisseurs traditionnels, aux bénévoles et aux autres parties prenantes dans les points chauds du choléra une formation adaptée aux procédures d'alerte précoce, à la compréhension et l'application des définitions de cas et aux critères et procédures permettant le signalement en temps opportun aux équipes d'investigation et de réponse.
- Intégrer les bénévoles et les guérisseurs traditionnels au cadre de suivi (c.-à-d. la surveillance fondée sur les événements et/ou la surveillance communautaire selon le contexte) et les former sur ce qu'il faut signaler, à qui, à quelle fréquence et leur fournir les moyens de le faire.
- Adapter ou mettre au point/mettre à jour des outils pour l'investigation des cas suspects, tels que des questionnaires standard, des formulaires de signalement, des registres d'investigation et des applications mobiles (selon les besoins).

4. Renforcer la capacité de collecte, de communication et d'analyse des données

- Intégrer toutes les sources potentielles d'information au niveau administratif des points chauds (district ou niveau inférieur) pour enregistrer et notifier adéquatement les signaux (p. ex. sources informelles, sources non médicales comme les écoles, la pharmacie, les institutions religieuses, les services d'approvisionnement en eau, etc.)
- Elaborer des plans pour former les agents de surveillance et les chargés de saisie aux niveaux central et périphérique, y compris pour la surveillance communautaire.
- Analyser régulièrement les données (population à risque, facteurs de risque de choléra, estimation du fardeau de la maladie, mise à jour des données dans les points chauds du choléra, etc.)

² Registres de signalements, compte hebdomadaire ou mensuel des cas, listes de cas suspects, confirmés, décès dans les établissements de soins et dans la communauté, informations démographiques, etc.

- Diffuser régulièrement les données de surveillance à tous les niveaux et aux partenaires multisectoriels et adapter le format de ce rapport au public (p. ex. partenaires, établissements de santé, agents de santé communautaire, collectivités touchées, etc.)
- Partager régulièrement des données de surveillance à l'échelle mondiale (y compris si aucun signalement) pour contribuer à la surveillance mondiale des profils de transmission du choléra.
- Former les intervenants à l'interprétation des données et à l'alerte à la présence d'une épidémie potentielle.

5. Renforcer la capacité de collecte et de transport des échantillons et d'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR)

- Mettre à jour ou élaborer/diffuser des aides au travail, des procédures opérationnelles standardisées, des supports de formation aux TDR, des SOP pour la collecte et le transport d'échantillons, etc.
- Procéder à l'achat de fournitures suffisantes (c'est-à-dire de TDR du choléra, de kits de collecte d'échantillons et de milieux de transport) dans tous les établissements de santé périphériques.
- Mettre à jour ou élaborer des protocoles de test définissant les SOP pour la confirmation du choléra par TDR, culture et/ou PCR.
- Adapter les stratégies de test pour les différentes situations, p. ex. aux épidémies, aux phases intra-épidémiques, à une épidémie saisonnière, à une forte endémicité ou à une situation proche de l'élimination⁽⁵⁾.

6. Renforcer les capacités de confirmation en laboratoire des cas suspects dans les points chauds du choléra⁽⁷⁾

- Renforcer les laboratoires pour s'assurer qu'ils ont la capacité de réaliser des tests par culture ou réaction de polymérisation en chaîne (PCR).
- Veiller à ce que tous les points chauds aient une capacité laboratoire suffisante pour tester les cas suspects de choléra et confirmer la présence de *Vibrio cholerae* par culture/PCR (p. ex. établir des procédures pour l'accès aux laboratoires de référence, décentraliser les laboratoires le cas échéant, augmenter la main d'œuvre dédiée au choléra, moderniser l'équipement ou améliorer l'accès aux laboratoires centraux).

- Mettre à jour/élaborer des plans de formation pluriannuels et mettre en place des formations aux procédures de tests en laboratoire et le conditionnement/transport des échantillons.
- Fournir suffisamment de matériel, de réactifs et de fournitures dans tous les laboratoires.
- Mettre en place un système d'enregistrement pour recueillir des informations sur le nombre de tests effectués et les procédures utilisées pour analyser les échantillons.

7. Développement des capacités des laboratoires de référence au niveau national

- Envisager de mettre en commun les ressources d'un laboratoire de référence supranational qui intègre le choléra et d'autres maladies diarrhéiques ou d'établir ou de renforcer un laboratoire de référence au niveau national (p. ex. identifier le lieu, le personnel formé, etc.) pour renforcer les capacités techniques et diagnostiques.
- Organiser des contrôles de qualité annuels dans les laboratoires de référence et périphériques.

8. Etablir une collaboration avec les laboratoires nationaux et internationaux de référence

- Elaborer et mettre en œuvre un programme d'assurance qualité aux niveaux central et périphérique.
- Etablir des mécanismes de communication et de collaboration transfrontalières entre les laboratoires de référence des pays voisins.
- Etablir un partenariat mutuellement avantageux avec un laboratoire international de référence pour les investigations épidémiologiques mondiales et appuyer les besoins prioritaires de renforcement des capacités du pays.

9. Etablir et renforcer la collaboration internationale

- Etablir des procédures pour la communication transfrontalière des alertes de choléra en temps opportun.
- Promouvoir l'élaboration de mesures coordonnées de réponse rapide transfrontalières.

10. Améliorer la surveillance pendant les épidémies

- Dans la ou les zones touchées et à risque de propagation, sensibiliser aux définitions de cas de choléra et aux procédures de signalement afin d'améliorer la détection

précoce et les signalements en temps opportun, tant au niveau communautaire qu'au niveau des établissements de santé.

- Si la fréquence de transmission de données au niveau des districts n'est pas hebdomadaire (au minimum), l'augmenter (hebdomadaire, voire quotidienne).
- Fournir le matériel adéquat (formulaires de signalement, TDR du choléra, kits de collecte d'échantillons et milieux de transport) à tous les établissements de santé périphériques et s'assurer que les échantillons peuvent être rapidement acheminés et traités pour confirmation par test en laboratoire.
- Envisager de mettre en place des procédures de recherche active de cas dans les populations à risque.
- Augmenter la périodicité de l'analyse systématique des données de surveillance pour suivre de près les tendances et identifier rapidement toute population ou groupe à risque.



BOÎTE À OUTILS ET RÉFÉRENCES DU GTFCC

5) Lignes directrices provisoires pour la surveillance du choléra

<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2020/04/gtfcc-lignes-directrices-provisoires-pour-la-surveillance-du-cholera.pdf>

6) Note technique provisoire : introduction aux méthodes d'identification et de typage à base d'ADN pour les praticiens de la santé publique en vue d'une enquête épidémiologique sur les épidémies de choléra.

<http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-introduction-of-dna-based-identification-and-typing-methods-for-epidemiological-investigation-of-cholera-outbreaks.pdf>

7) Note technique provisoire : introduction aux méthodes d'identification et de typage à base d'ADN pour les praticiens de la santé publique en vue d'une enquête épidémiologique sur les épidémies de choléra.

<http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-introduction-of-dna-based-identification-and-typing-methods-for-epidemiological-investigation-of-cholera-outbreaks.pdf>

B. Renforcement du système de santé

Pour réduire la mortalité due au choléra, les personnes atteintes doivent avoir accès à un traitement de qualité dès que les symptômes apparaissent. Le système de soins doit être prêt à traiter les cas individuels dans le cadre du système existant et avoir la capacité d'intensifier les traitements en cas d'épidémie. La capacité à traiter les cas de choléra au sein du système existant permet de réduire la mortalité et limiter la propagation de la maladie. Il s'agit notamment de mettre en place un réseau de prise en charge des personnes atteintes du choléra et de mettre en œuvre des stratégies allant des soins à domicile ou en milieu communautaire aux structures hospitalières, avec un personnel médical hautement qualifié dès que l'on soupçonne la présence de cas de choléra. Selon le contexte, le réseau de prise en charge peut avoir besoin d'être étendu pendant un événement ou une épidémie de choléra.

Objectif stratégique :

- Accroître l'accès à un traitement précoce efficace au niveau de la communauté et des établissements de santé afin de réduire de 90 % le nombre total de décès dus au choléra.

Interventions proposées à inclure dans un PNC :

1. Collaborer avec les communautés pour améliorer l'accès rapide aux traitements

- Impliquer les communautés, y compris les dirigeants et chefs traditionnels, à élaborer des messages, des programmes et des activités adaptés à la situation locale pour aider leurs membres à prévenir, et à identifier les symptômes du choléra et à rechercher un traitement précoce, en s'appuyant sur les programmes existants dans la mesure du possible.
- Collaborer avec les communautés pour établir une confiance entre les professionnels de santé locaux et promouvoir l'utilisation des points de réhydratation orale (PRO) et des centres de traitement du choléra (CTC) et pour obtenir un traitement précoce.
- Former les guérisseurs traditionnels et les bénévoles afin qu'ils puissent identifier les symptômes du choléra et orienter les patients vers les PRO et les CTC.
- Collaborer avec les médias locaux pour promouvoir les connaissances et les comportements relatifs à l'identification des symptômes du choléra, la prévention et la nécessité de rechercher un traitement précoce.
- Développer les compétences en communication interpersonnelle et en conseil du personnel de santé de première ligne afin de promouvoir le traitement précoce.

2. Renforcer la capacité des agents de santé communautaire à identifier, dispenser un traitement et référer les patients atteints de choléra

- Inclure la prévention, l'identification et le traitement du choléra ainsi que des informations concernant les délais et lieux pour référer des patients atteints du choléra dans les formations des agents de santé communautaire.
- Former les agents de santé communautaire aux mesures de prévention et le contrôle des infections (PCI) et EHA à mettre en œuvre à domicile et lorsqu'ils dispensent un traitement à des cas suspects de choléra dans la communauté.
- Développer les compétences en communication interpersonnelle et en conseil des agents de santé communautaire de première ligne afin de promouvoir le traitement précoce.
- Planifier et fournir du matériel en quantités suffisantes tout au long de l'année.
- Superviser les agents de santé communautaire et mettre en œuvre des séances de discussion et des formations continues.

3. Renforcer la capacité de traiter les patients au niveau des établissements de santé

- Inclure l'identification et le traitement des cas suspects de choléra aux responsabilités du personnel de santé au niveau national⁽⁸⁾.
- Elaborer un plan de formation du personnel de santé à la gestion des cas de choléra.
- Former le personnel de santé aux outils normalisés de collecte de données sur les soins de santé ; s'assurer qu'ils savent quoi signaler, à qui et à quelle fréquence. En outre, s'assurer que les moyens mis à disposition soient suffisants.
- Elaborer et mettre à jour régulièrement toutes les lignes directrices, les aides au travail, les protocoles et les SOP concernant le triage, le diagnostic, la gestion clinique et la PCI, y compris la gestion des cadavres, etc.
- Distribuer les SOP, les protocoles et les aides au travail et les afficher de façon à garantir un accès facile à tous les niveaux.
- Mettre en œuvre les standards EHA et PCI dans les établissements de santé, et notamment les services ou unités séparés de façon à isoler les patients atteints du choléra des autres patients, la préparation sécurisée des repas et l'élimination sécurisée des déchets⁽⁹⁾.
- Mettre en œuvre des plans d'approvisionnement annuels pour estimer les besoins d'approvisionnement et d'infrastructure à tous les niveaux et les réévaluer régulièrement.

- Planifier, stocker et gérer le matériel en quantités suffisantes tout au long de l'année dans les établissements de santé à tous les niveaux, en fonction des besoins calculés.
- Elaborer des plans d'intervention d'urgence ; identifier les sites où des CTC et des PRO peuvent être établis en cas d'épidémie, de surcapacité et planifier la gestion des stocks.

4. Faire un suivi et une évaluation des interventions au niveau des communautés et des établissements de santé

- Intégrer le choléra dans les plans de supervision existants de l'évaluation de la qualité du traitement administré dans les points chauds.
- Les évaluations doivent inclure la supervision des agents de santé communautaire, dans les établissements de santé et dans les structures de traitement spécifiques au choléra en cas d'urgence. Prioriser la supervision juste avant et pendant les saisons de choléra connues. La supervision doit couvrir :
 - les protocoles et le matériel disponible ;
 - la rapidité d'accès aux méthodes de réhydratation appropriées ;
 - la qualité du traitement administré ;
 - l'identification et la correction de tout retard dans l'arrivée du matériel dans les établissements ou tout retard dans l'administration des traitements ;
 - la disponibilité et mise en œuvre des mesures EHA et PCI de base.
- Mettre en place des séances de discussion et des formations continues, en tenant compte des résultats de la supervision.

5. Renforcer l'engagement communautaire et l'accès aux traitements pendant les épidémies

- À l'échelle communautaire, renforcer les messages sur la prévention et l'identification du choléra, y compris l'importance de rechercher un traitement rapidement lorsque des symptômes apparaissent. Les messages doivent également indiquer l'emplacement des centres/établissement de traitement et les informations sur tous les services mis en place pour répondre à l'épidémie.
- Donner la priorité au renforcement des capacités pour le triage, diagnostic, gestion des cas, les mesures PCI et l'établissement de rapports (tel que décrit ci-dessus) dans les établissements de santé où les agents de santé communautaires sont référant des patients atteints du choléra.

- Utiliser les données de surveillance pour identifier les zones où établir et garder des centres de traitement du choléra et des points de réhydratation orale accessibles aux populations les plus touchées ; organiser un flux approprié de patients dans les établissements de santé et les CTC^(10,11).
- Distribuer les protocoles de traitement, les aides au travail, les descriptions de travail et les SOP à tous les centres de traitement.
- Identifier et appuyer les moyens de transport pour les patients qui ont besoin d'un accès aux soins.
- Estimer et réévaluer régulièrement les besoins en matière d'approvisionnement et d'infrastructure à tous les niveaux ; il s'agit également de fournir de l'eau potable et de la nourriture et des matériaux d'assainissement en quantités suffisantes pour répondre aux besoins des patients, des soignants et du personnel.
- Identifier, déterminer la disponibilité et former du personnel supplémentaire, y compris aux mesures EHA et PCI, en cas de surcharge.
- Etablir un plan de gestion des centres de traitement, y compris la rotation du personnel, afin de veiller à ce que tous les établissements fonctionnent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pendant les épidémies.

6. Etablir des mécanismes de coordination entre les différents établissements de santé

- Vérifier que les stratégies et protocoles de traitement sont constants et cohérents à tous les niveaux de la prestation de soin et entre tous les acteurs (étatiques et non étatiques) ; il peut s'agir d'un sous-groupe d'un mécanisme de coordination plus vaste.
- Diffuser des informations sur l'emplacement des différentes structures à tous les niveaux afin de faciliter l'orientation et de référer des patients.
- Coordonner les services ambulanciers pour tous établissements de santé.



BOÎTE À OUTILS ET RÉFÉRENCES DU GTFCC

- Note technique : Utilisation d'antibiotiques pour le traitement et la lutte contre le choléra.
<http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-technical-note-on-use-of-antibiotics-for-the-treatment-of-cholera.pdf>
- Note technique : Eau, hygiène et assainissement et prévention et contrôle des infections dans les structures de traitement du choléra
<http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-technical-note-on-water-sanitation-and-hygiene-and-infection-prevention-and-control-in-cholera-treatment-structures.pdf>
- Note technique : Organisation de la gestion des cas pendant une épidémie de choléra.
<http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/gtfcc-technical-note-on-the-organization-of-case-management-during-a-cholera-outbreak.pdf>
- Contenu des kits choléra et outil de calcul
<https://openwho.org/courses/cholera-kits>

C. Administration du vaccin anticholérique oral

Le VCO doit être administré dans certains points chauds du choléra et durant les épidémies de choléra. Les campagnes de vaccination doivent toujours être mises en place en conjonction avec d'autres stratégies de prévention et de lutte contre le choléra (p. ex. gestion des cas, mesures EHA d'urgence, etc.) En outre, afin de mieux sensibiliser la population au VCO et ainsi optimiser l'efficacité des campagnes, il est important de s'engager/collaborer activement avec le Programme élargi de vaccination (PEV) et d'utiliser/adapter les outils pertinents existants, tels que ceux utilisés pour le suivi et l'évaluation, les études sur les *connaissances, attitudes et pratiques (CAP)*, les stratégies de communication des risques, etc.

Le GTFCC a conçu un guide détaillé pour aider les pays à élaborer et suivre les campagnes VCO⁽¹²⁾.

Objectifs stratégiques :

- Mettre en œuvre des campagnes VCO préventives dans des points chauds du choléra désignés et atteindre une couverture élevée dans les populations ciblées.
- Mettre en œuvre des campagnes VCO de réponse (le cas échéant) en cas d'urgence et atteindre une couverture élevée dans les populations ciblées.

Interventions proposées à inclure dans un PNC :

1. Préparer une demande de vaccination préventive les points chauds désignés

- Déterminer et mettre en place une équipe de planification VCO interdisciplinaire, incluant la vaccination, le suivi, la gestion des cas, les mesures EHA et l'engagement communautaire.
- Désigner les points chauds qui seront ciblés lors des campagnes de VCO préventives.
- Elaborer des plans de vaccination à moyen terme (divisés phases sur toute la durée du PNC).
- Elaborer des calendriers d'activités, et notamment la détermination des dates de chaque campagne, la formation des agents de première ligne, l'identification des réseaux communautaires à mobiliser, l'évaluation des points focaux pour discuter des leçons apprises, etc.
- Elaborer des plans d'urgence pour les campagnes de vaccination en cas d'imprévu (p. ex. identifier les critères de décision pour déterminer la mise en place d'une campagne VCO, préparer des données facilement disponibles pour la formulation de demandes, etc.)
- Envoyer les demandes (par phase) au Secrétariat du GTFCC. Chaque demande doit également comporter un plan détaillé des interventions EHA.

2. Préparer une demande de campagne de vaccination en réponse à une épidémie

Les demandes d'urgence peuvent être formulées lorsqu'une épidémie de choléra confirmée par la culture est signalée dans une zone donnée ou lors de crises humanitaires où aucun cas n'est encore signalé mais où le risque d'épidémie de choléra est élevé. Les étapes sont les suivantes :

- Remplir correctement et envoyer un [Formulaire de demande du Groupe international de coordination \(GIC\)](#), accompagné des [annexes](#), au Secrétariat du GIC.

- Elaborer et présenter un plan de vaccination et une carte des zones à couvrir, avec les zones adjacentes.
- Vérifier et confirmer qu'aucune campagne VCO n'a été menée au cours des trois dernières années dans la même zone (compte tenu de la qualité de la mise en œuvre de la campagne, de sa couverture et des mouvements de population).

3. Mettre en œuvre des campagnes de vaccination en adéquation avec la demande approuvée

a) Fournir du matériel et des vaccins à tous les niveaux pertinents ⁽¹²⁾

- Calculer les quantités de vaccins et de matériel nécessaires par site, selon un calendrier de mise en œuvre.
- Elaborer des plans de distribution du matériel et des vaccins pour les faire parvenir aux établissements de santé cinq jours avant les dates prévues de vaccination.
- Veiller à ce que la chaîne du froid soit respectée pendant toute la durée des campagnes.
- Identifier un processus de déclaration et de demande de fournitures et de vaccins supplémentaires lorsque les stocks sont réduits.

b) Créer et former des équipes dédiées à la vaccination ⁽¹³⁻¹⁴⁾

- Déterminer la composition et le nombre des équipes dédiées à la vaccination et calculer :
 - ▶ le nombre de personnes à vacciner par équipe et par jour ; et
 - ▶ le nombre d'équipes et le temps nécessaires pour couvrir les populations cibles.
- Elaborer un plan de formation pour les équipes de vaccination.
- Elaborer un plan de supervision et de suivi des campagnes VCO.
- Veiller à ce que des outils standardisés de collecte de données soient disponibles dans les établissements de santé périphériques et à ce que l'équipe de vaccination soit formée aux directives de signalement.
- Identifier les institutions chargées de la mise en œuvre et les engager à participer aux campagnes VCO ; assigner les rôles et les responsabilités.

³ Les données minimales requises comprennent les informations quant au nombre de doses reçues et administrées, le nombre de doses gaspillées, les registres de vaccination de la population cible et les feuilles de décompte pour le deuxième cycle.

c) Engager les communautés :

- Avant de lancer les campagnes VCO, identifier les obstacles sociaux, culturels, économiques, etc., à la vaccination ; adapter les stratégies en conséquence.
- Elaborer des microplans et des supports de communication et d'engagement communautaire qui abordent les caractéristiques du VCO ; répondre aux inquiétudes concernant la vaccination et discuter des calendriers et localisations des campagnes.
- Collaborer avec les médias locaux pour veiller à ce que les informations erronées ou inexacts ne soient pas diffusées auprès de la population locale.
- Elaborer et diffuser des communications quant aux calendriers des campagnes de vaccination et des stratégies d'administration. Veiller à ce que les communautés soient activement engagées avant de lancer des campagnes de vaccination et à ce que cet engagement se poursuive pendant et après ces campagnes.

4. Mener des activités de suivi et d'évaluation⁽¹³⁾

- Veiller à ce que les équipes de vaccination soient équipées et formées à la saisie des données de vaccination et à l'établissement des rapports requis pendant la campagne.
- Assurer la planification et la budgétisation officielles des évaluations post-campagnes (p. ex. étude de la couverture, etc.)
- Collecter et communiquer toutes les données de la campagne aux agents de surveillance nationaux afin qu'ils puissent les compiler davantage au niveau national.
- Veiller à ce que les outils standardisés pour les actions et rapports sur les effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) soient disponibles et à ce que le personnel soit formé à leur utilisation.
- Préparer un plan et des supports de communication en cas d'apparition d'ESSI ou d'autres réactions négatives à la campagne VCO.
- Mener une étude de la couverture, avec notamment une collecte de données sur les conditions EHA dans les communautés visées par la campagne de vaccination.
- Mener toute autre activité pertinente de suivi et d'évaluation (p. ex. mesurer l'efficacité des stratégies alternatives d'administration, conduire des études de rentabilité, etc.), au besoin.



BOÎTE À OUTILS ET RÉFÉRENCES DU GTFCC

- 12) « Oral cholera vaccines in mass immunization campaigns, guidance for planning and use » <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44448>
- 13) Ressources supplémentaires disponibles sur [le site Web du GTFCC](#)
 - a. Modèle de budget des coûts opérationnels GAVI
 - b. Protocole générique pour la couverture vaccinale (après la mise en œuvre) d'une campagne de vaccination de masse au vaccin anticholérique oral
 - c. Protocole générique pour l'efficacité des vaccins après la mise en œuvre d'une campagne de vaccination de masse au vaccin anticholérique oral de réponse
 - d. Informations sur le suivi et l'évaluation
 - e. Enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques lors des campagnes de vaccination contre le choléra
 - f. Suivi et évaluation des ESSI pendant les campagnes de vaccination de masse au VCO
 - g. Le VCO dans les campagnes de vaccination de masse : conseils pour la planification et l'utilisation
 - h. Formulaire de demande de VCO
 - i. Formulaire de demande d'accès au soutien et annexes de l'ICG <https://www.who.int/csr/disease/icg/cholera/en/>
- 14) Note technique : Démonstration des risques et avantages de la vaccination des femmes enceintes avec des vaccins anticholériques préqualifiés de l'OMS au cours de campagnes de masse (anglais) <http://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/10/who-technical-note-evidence-of-risks-and-benefits-of-vaccinating-pregnant-women-with-who-pre-qualified-cholera-vaccines-during-mass-campaigns.pdf>
- 15) Note de synthèse sur le choléra https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/cholera/en/

D. Eau, hygiène et assainissement (EHA)

L'EHA est le domaine d'intervention clé dans la lutte contre le choléra à long terme. La Feuille de route mondiale contribue directement aux Objectifs de Développement Durable (ODD) 6 (Eau et assainissement pour tous), 3 (Bonne santé et bien-être), 2 (Zéro famine) et 10 (Réduction des inégalités) en ciblant les investissements liés à l'EHA dans les points chauds du choléra, qui sont de indicateurs de mauvaises conditions EHA et sanitaires.

Les interventions EHA à mettre en œuvre dans les points chauds du choléra doivent être définies d'après une évaluation de base des conditions de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement dans la zone ciblée. Les interventions et les messages doivent être fondés sur des données factuelles et adaptés au contexte local et aux pratiques culturelles de la population. Une fois les interventions identifiées, des plans de recouvrement des coûts et d'exploitation et de maintenance (E&M) doivent être élaborés.

Cette section présente un ensemble d'interventions que les pays peuvent envisager, en fonction de la situation qui prévaut dans les points chauds. Elle présente également un ensemble d'interventions qui peuvent être entreprises pour se préparer aux épidémies de choléra et y répondre, au besoin.

Objectif stratégique :

- Augmenter (jusqu'à 80 %) la proportion de la population ayant un accès de base+ à l'eau potable⁴ et aux services d'assainissement de base et mieux promouvoir l'hygiène dans tous les points chauds du choléra.

Interventions proposées à inclure dans un PNC :

1. Améliorer l'accès aux sources d'eau pour tous

- Évaluer et cartographier les sources d'eau existantes (disponibilité, types, accès, quantité d'eau, risque de contamination, etc.) dans les points chauds du choléra. Cette action doit être menée au cours de l'analyse globale de la situation (étape Fondation), mais une analyse plus approfondie peut s'avérer nécessaire.
- En fonction des risques, il peut être nécessaire d'améliorer, de remettre en état des sources d'eau existantes ou d'en construire de nouvelles (forages, puits protégés, pompes à main protégées, sources protégées, citernes, systèmes de distribution

⁴ L'accès de base+ à l'eau potable est défini comme un établissement de distribution amélioré accessible en moins de 30 min (aller-retour) et un approvisionnement en solutions de traitement de l'eau abordables pour garantir la sécurité de la population.

d'eau [y compris des robinets dans les établissements publics], sources communales ou dans les foyers, etc.) L'optimisation des sources d'eau doit permettre un accès équitable à l'eau potable et s'aligner sur les normes internationales et nationales quant à la garantie de quantités suffisantes (selon le contexte).

- Procéder au traitement de toutes les sources d'eau remises en état ou nouvellement construites, en utilisant la solution technique la plus appropriée d'après une analyse des paramètres de l'eau (à la source ou au point d'utilisation). L'eau peut, au choix, être traitée par filtration, désinfection ou chloration (de masse ou de lots).⁵ La mise en place de prétraitements tels que la sédimentation, la floculation et la coagulation peut être nécessaire pour éliminer les particules en suspension et réduire la turbidité avant la désinfection ou la chloration. La combinaison de traitements (utilisés ensemble, simultanément ou séquentiellement) en augmentera l'efficacité.
- Envisager des méthodes de traitement de l'eau à domicile (au point d'utilisation, au robinet ou dans des contenants de transport ou de stockage),⁶ comme l'ébullition, la désinfection, la chloration et la filtration. Assurer un transport et un stockage sécurisés de l'eau traitée pour éviter toute contamination.
- Mettre en œuvre les mesures de contrôle et de surveillance de la qualité de l'eau pour mesurer régulièrement le chlore résiduel libre (CRL). Envisager le développement de plans de sécurité de l'eau (PSE) qui viendraient appuyer le contrôle et la surveillance de la qualité de l'eau.

2. Améliorer l'accès aux services d'assainissement

- Appuyer les efforts visant à mettre fin à la défécation en plein air et travailler avec les communautés pour réduire le risque de contamination par ce biais. Cela peut inclure le nettoyage et la désaffectation des zones utilisées pour la défécation en plein air.
- Moderniser et remettre en état les infrastructures existantes et/ou construire de nouvelles infrastructures d'assainissement et d'épuration (latrines, toilettes, douches, systèmes d'assainissement, etc.) Toutes les infrastructures d'assainissement doivent être accompagnées d'installations de lavage des mains avec du savon et de l'eau. Lors de la modernisation, de la remise en état ou de la construction d'infrastructures

⁵ Une eau très turbide à la source ne doit pas être chlorée.

⁶ Le choix des méthodes de traitement de l'eau à domicile doit être basé sur les paramètres de la source d'eau, la disponibilité de l'eau, le niveau de compétence des utilisateurs, la facilité de mise en œuvre de ces méthodes, l'acceptabilité, les paramètres E&M et les coûts qu'elles engendrent.

d'assainissement, s'assurer que des installations sont utilisables par les femmes et les hommes et qu'elles sont adaptées aux personnes handicapées.

- Recourir à des vidanges et à l'élimination en toute sécurité des excréments des latrines et des toilettes existantes (p. ex. dans les institutions publiques, les communautés et les foyers).
- Fournir des équipements d'hygiène au niveau local.
- Planifier des campagnes de nettoyage communautaire, notamment de vidage des bassins de drainage ouverts (en particulier dans les zones urbaines) afin de sensibiliser aux risques liés aux vecteurs présents dans l'eau stagnante et de les prévenir.

3. Améliorer les pratiques liées à la santé et l'hygiène

- Utiliser la recherche formative, y compris les *études des connaissances, attitudes et pratiques (CAP)* et les données qualitatives pour déterminer les risques, les croyances et les pratiques dans une localité donnée.
- Effectuer une analyse du changement de comportement selon des directives appropriées.
- Elaborer une stratégie de promotion de l'hygiène définissant les messages clés, le public cible et les canaux de communication. Des méthodes participatives doivent être mises en œuvre dans la promotion de l'hygiène. Les messages clés relatifs à la santé et à l'hygiène doivent être adaptés : aux différents groupes cibles ; par une gamme variée de canaux et de méthodes de communication ; et en utilisant les langues locales et les aides visuelles.
- Promouvoir l'accès à des articles d'hygiène qui favorisent les bonnes pratiques comme l'utilisation de savon et de matériaux de désinfection et le nettoyage.

Pour toutes les interventions décrites ci-dessus :

- Evaluer et examiner les plans de développement des capacités liés au secteur EHA. Cela devrait permettre de déterminer les possibilités de formation et d'apprentissage nécessaires pour les nombreuses parties prenantes qui appuient le secteur EHA (p. ex. les gouvernements nationaux et locaux, les partenaires internationaux, les prestataires de services, les communautés, etc.).
- Tenir compte de l'exploitation et la maintenance (E&M), la gestion et le recouvrement des coûts lors de l'élaboration de plans pour le secteur EHA. Cela implique le besoin

d'une analyse de la viabilité financière et de la viabilité à long terme à l'aide d'outils (tels que des enquêtes de perception) pour déterminer la volonté de payer et l'accessibilité.

4. Fournir un accès aux infrastructures EHA et promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène lors des épidémies

- Fournir une infrastructure temporaire EHA (p. ex. des systèmes de distribution d'eau, des cuves, réservoirs et citernes temporaires, une distribution de produits de traitement de l'eau, des latrines ou toilettes, des stations de lavage des mains, etc.) en qualité et en quantité suffisantes, conformément aux normes internationales. Cette action doit s'accompagner d'un contrôle et d'une surveillance de la qualité de l'eau.
- Mener des campagnes de communication de masse (axées sur des messages clés en matière de santé et d'hygiène) pour promouvoir les bonnes pratiques en utilisant des méthodes participatives. Les messages doivent être adaptés aux différents groupes cibles, être diffusés sur différents canaux et selon différentes méthodes de communication et dans les langues locales et utiliser des supports visuels. Les messages clés peuvent comprendre les éléments suivants : risques associés à la maladie, voies de transmission de la maladie, importance de l'eau potable, élimination des excréments au lavage des mains aux moments opportuns. Les campagnes de communication de masse doivent être conduites par du personnel qualifié et les responsables communautaires.
- Promouvoir ou distribuer des articles d'hygiène (adaptés au contexte local) qui favorisent les bonnes pratiques, notamment du savon et du matériel de nettoyage et de désinfection (selon les besoins). Cette action doit s'accompagner de démonstrations par du personnel qualifié et les responsables communautaires, pour montrer comment bien utiliser les articles distribués aux foyers.
- Mettre en œuvre un suivi post-intervention pour toutes les interventions effectuées. Un système de surveillance et de rapport doit être mis en place.



BOÎTE À OUTILS ET RÉFÉRENCES DU GTFCC

16) Guide technique sur l'intégration des activités EHA et d'engagement communautaire aux campagnes VCO. [Disponible sur demande au secrétariat du GTFCC.](#)

E. Engagement communautaire

Prévenir le choléra et assurer une réponse rapide aux épidémies lorsqu'elles surviennent passe nécessairement par l'engagement des populations. Les communautés doivent être sensibilisées aux meilleurs moyens de se protéger elles-mêmes et leurs proches, et un environnement favorable doit être mis en place pour leur permettre d'adopter les bons gestes. L'engagement communautaire consiste à donner aux communautés et à leurs réseaux sociaux les moyens de mener une réflexion approfondie et éventuellement modifier les différents comportements, facteurs culturels et contextuels et décisions qui affectent leur vie tout en encourageant une participation proactive à leur développement. Cela peut se faire par le biais de stratégies couvrant la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la communication sur les risques, la communication sur les changements de comportement. De plus, en cernant les obstacles qui entravent les interventions, les équipes peuvent mieux adapter les activités aux besoins de chaque communauté. L'engagement communautaire doit être intégré dans tous les piliers du PNC. La présente section porte sur des activités spécifiques liées à la mobilisation sociale et à la communication. L'objectif stratégique et les interventions proposées à inclure à ce pilier du PNC sont les suivants :

Objectif stratégique :

- Faire participer davantage les communautés à la prévention et à la lutte contre le choléra afin de mettre fin à la transmission au niveau communautaire.

Interventions proposées à inclure dans un PNC :

1. Identifier les groupes à risque et vulnérables et comprendre les croyances et les comportements des communautés dans les points chauds du choléra

- Identifier les acteurs et principaux leaders communautaires pour initier un processus de consultation et les engager dans le développement des activités.
- Collaborer avec les communautés au moyen de processus participatifs, notamment en les associant à la conception d'activités de préparation et de réponse aux épidémies.
- Comprendre les croyances et comportements communautaires à l'égard du choléra par le biais d'entrevues avec des informateurs et de groupes de discussion.
- Veiller à ce que les stratégies d'engagement communautaire incluent les personnes les plus marginalisées, handicapées et à risque.

2. Faire participer les communautés, établir et entretenir ces relations

- Elaborer des systèmes de mises à jour régulières au niveau des points focaux représentant l'engagement communautaire et des parties prenantes clés – pour tous les piliers – afin d'éviter les cloisonnements.
- Elaborer des processus pour assurer une collaboration solide entre le personnel de santé et les agents de santé communautaire.
- Effectuer des évaluations et réviser les messages et les outils d'engagement communautaire.
- Etablir et gérer un mécanisme systématique de rétroaction communautaire, c.-à-d. recueillir et analyser les retours et commentaires des communautés afin d'adapter régulièrement les stratégies et les méthodes de travail.

3. Elaborer et distribuer des supports de communication

- Identifier les parties prenantes clés pour l'engagement communautaire et de la communication afin de promouvoir la prévention du choléra à l'aide de divers moyens de communication.
- En se fondant sur une analyse contextuelle, comprendre les comportements prioritaires et ceux des groupes à risque, et favoriser l'harmonisation des approches pour communiquer avec les populations touchées et les faire participer.
- Distribuer les supports de communication /information susceptibles d'être adoptés localement par tous les intervenants, y compris le personnel de santé, les agents de santé communautaire et les leaders communautaires. Il est essentiel que les parties prenantes utilisent les mêmes messages pour éviter de créer de la confusion et la méfiance.
- Collaborer avec la communauté pour s'assurer que les inhumations des personnes qui meurent présumément du choléra respectent les coutumes locales sans être une source potentielle de transmission (inhumation sûre et digne).
- Veiller à ce que l'identification et le ciblage des populations touchées par le choléra ne génèrent pas de stigmatisation ou de discrimination. Utiliser l'information et dissiper les mythes et les rumeurs pour protéger les populations les plus vulnérables.
- Elaborer les supports d'information suggérés (p. ex. radio, télévision et médias sociaux) et des documents imprimés.

4. Renforcer la communication des risques et l'engagement communautaire pendant les épidémies

- S'appuyer sur les programmes existants pour mieux appréhender les connaissances et les comportements locaux à l'égard du choléra des communautés touchées par l'épidémie et adapter les messages en conséquence.
- Faire participer la communauté à la réponse à l'épidémie par le biais des leaders communautaires identifiés comme faisant partie de la mise en œuvre du PNC. Envisager de créer des équipes de travail locales composées de représentants et leaders de la communauté pour interagir avec les équipes d'intervention.
- Fournir les informations en temps réel aux communautés à risque (sur la base d'une évaluation du risque). Ces informations doivent notamment comprendre des explications sur comment réduire le risque de propagation de la maladie, comment prendre des mesures de protection et de prévention personnelles et comment procéder si quelqu'un tombe malade. Elles doivent être faciles à comprendre, complètes et exemptes de toute information trompeuse.
- Communiquer régulièrement au public de manière proactive et transparente, en utilisant plusieurs canaux privilégiés par les populations affectées par l'épidémie (télévision, radio, SMS, Internet, médias sociaux, initiatives de sensibilisation de masse et mobilisation sociale). Un flux ouvert d'informations évitera la propagation des fausses rumeurs.

SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE

Un processus de suivi et d'évaluation continu doit être mis en place pour mesurer les progrès de la mise en œuvre du plan national de lutte contre le choléra. Chaque PNC doit inclure un plan de suivi et d'évaluation avec un ensemble détaillé d'indicateurs adaptés aux activités incluses dans les plans opérationnels.

Ce processus de suivi et d'évaluation doit comprendre des mises à jour régulières (au moins trimestrielles), des évaluations approfondies périodiques (annuelles), ainsi que d'autres méthodes de suivi et d'évaluation (telles que des exercices de simulation et des revues après action). Les mises à jour régulières et les évaluations périodiques doivent être dirigées par l'instance de coordination du PNC.

En plus de la mise en place d'un plan de suivi et d'évaluation du PNC, le GTFCC collectera des indicateurs et rendra compte des progrès réalisés dans le cadre de la Feuille de route mondiale lors de sa réunion annuelle. Les indicateurs qui doivent faire l'objet d'un rapport annuel sont les suivants :

A. Coordination

Indicateur 1 - Proportion du PNC financée par des fonds nationaux et externes

Définition et utilisation : Mesure le niveau de financement du plan national d'élimination ou de contrôle du choléra par le gouvernement et/ou les partenaires extérieurs

Numérateur : Montant des fonds respectivement reçus de la part des donateurs et alloués par le gouvernement à la mise en œuvre du plan national de lutte contre le choléra

Dénominateur : Budget total du plan national de lutte contre le choléra

Résultat attendu : 100 %

Source : Informations fournies par les pays quant aux ressources allouées aux PNC/aux PNC budgétisés

Indicateur 2 - Nombre de réunions multisectorielles tenues chaque année par l'instance de coordination du PNC

Définition et utilisation : Mesure la fonctionnalité du mécanisme de coordination.

Au cours de ces réunions, au moins 75 % des membres du Comité du PNC doivent être présents et représenter au moins 3 piliers. L'ordre du jour et le procès-verbal de chaque réunion doivent être disponibles facilement.

Numérateur : Nombre de réunions multisectorielles organisées à des fins de suivi de la mise en œuvre du PNC sur les 12 derniers mois

Dénominateur : N/A

Résultat attendu : Réunions trimestrielles (au minimum)

Source : Données nationales

B. Surveillance et signalement

Indicateur 3 - Taux d'incidence des cas suspects de choléra

Définition et utilisation : Taux d'incidence des cas suspects de choléra dans le pays au cours des 12 derniers mois

Numérateur : Nombre de cas suspects de choléra signalés

Dénominateur : Population nationale

Résultat attendu : Résultat défini dans le programme national de lutte contre le choléra

Source : Données de surveillance du choléra au niveau national

Indicateur 4 - Proportion des signalements de choléra vérifiés dans les 48 heures suivant la détection

Définition et utilisation : Mesurer la capacité d'un pays à vérifier rapidement les signalements d'un cas suspect de choléra (valeur sur les 12 derniers mois). La vérification consiste à vérifier de façon croisée et proactive la validité (véracité) des signalements recueillis par les systèmes d'alerte précoce et de signalement (EWARS), en communiquant avec la source d'origine, avec d'autres sources ou en effectuant une enquête sur le terrain. Elle nécessite que les idées reçues, les fausses rumeurs et les mensonges soient évincés de toute évaluation ultérieure.

Numérateur : Nombre de signalements du choléra détectés (vérifiés) dans les 48 heures

Dénominateur : Nombre de signalements du choléra détectés

Résultat attendu : 90 %

Source : Données de surveillance du choléra au niveau national

Indicateur 5 - Proportion des établissements de santé périphériques situés dans les points chauds du choléra avec accès à un laboratoire fonctionnel

Définition et utilisation : Mesurer la capacité d'un pays à confirmer rapidement un cas de choléra par des méthodes laboratoires (valeur sur les 12 derniers mois)

Numérateur : Nombre d'établissements de santé périphériques dans tous les points chauds ayant accès à des laboratoires fonctionnels pour la confirmation du choléra

Définitions :

- L'accès est défini par la capacité à fournir des échantillons cliniques viables provenant d'une enquête sur un cas suspect de choléra à un laboratoire fonctionnel dans les 48 heures suivant le prélèvement pour des tests de confirmation.
- Laboratoires fonctionnels :
 - détiennent une accréditation en cours de validité conforme aux réglementations nationales ;
 - ne font état d'aucune rupture de stock de réactifs et de matériel pendant plus de 2 semaines sur une période d'un an
 - sont capables de communiquer les résultats des tests dans un délai de 2 à 4 jours après réception de l'échantillon

Dénominateur : Nombre total d'établissements de santé périphériques dans les points chauds

Résultat attendu : 95 %

Source : Données de surveillance des pays, données des laboratoires, enquêtes et évaluations effectuées lors des visites de contrôle

C. Renforcement du système de santé

Indicateur 6 - Nombre de décès dus au choléra

Définition et utilisation : Nombre de décès dus au choléra dans le pays (au cours des 12 derniers mois)

Numérateur : Nombre de décès dus au choléra dans le pays signalés tant dans les établissements de santé que dans la communauté au cours des 12 derniers mois.

- Au niveau des établissements de santé (sous-indicateur A)
- Au niveau communautaire (sous-indicateur B)

Dénominateur : N/A

Résultat attendu : Réduction de 90 % des chiffres de mortalité annuels absolus [ou moyens] (à l'échelle nationale)

Source : Données nationales de surveillance du choléra, listes des décès signalés dans la communauté et dans les établissements de santé, quel que soit le niveau administratif et enquêtes dans les centres de traitement du choléra et aux points de réhydratation orale

Indicateur 7 – Taux de létalité des cas de choléra dans les structures de soins

Définition et utilisation : Proportion des cas suspects choléra qui décèdent du choléra dans une structure de soins au cours des 12 derniers mois

Numérateur : Nombre de décès imputables au choléra dans les structures de soins au cours des 12 derniers mois

Dénominateur : Nombre de cas suspects de choléra traités dans les mêmes structures au cours des 12 derniers mois

Résultat attendu : < 1 %

Source : Surveillance nationale du choléra, bases de données ou rapports des établissements de santé, notamment des structures spécifiques de traitement du choléra

Indicateur 8 – Proportion de la population vivant dans des points chauds qui ont accès à de la SRO à moins de 30 minutes à pied de chez eux

Définition et utilisation : Proportion de la population ayant un accès rapide à de la SRO pour traiter les cas suspects de choléra, aux établissements de santé ou par l'intermédiaire de membres de la communauté/de bénévoles et d'agents de santé communautaire

Numérateur : Nombre de personnes vivant dans des points chauds qui ont accès à de la SRO à moins de 30 minutes à pied de chez elles

Dénominateur : Population totale des points chauds du choléra

Résultat attendu : 100 %

Source : Enquêtes dans les points chauds (en conjonction avec les autres piliers), données nationales sur l'accès aux soins et le personnel de santé

D. Administration du vaccin anticholérique oral

Indicateur 9 – Couverture de l'administration du VCO dans les points chauds sujets à une campagne de vaccination au cours des 12 derniers mois

Définition et utilisation : Couverture de l'administration du VCO lors de campagnes mises en place au cours des 12 derniers mois

Numérateur : Nombre total de doses administrées aux cycles 1 et 2 au cours des 12 derniers mois

Dénominateur : Nombre total de personnes visées par les campagnes VCO (1er et 2e cycles)

Résultat attendu : 95 %

Source : Rapports post-campagnes VCO

Indicateur 10 – Proportion des points chauds visés par le plan de vaccination (au cours des 12 derniers mois) où ont eu effectivement lieu une campagne de vaccination

Définition et utilisation : Mesurer la portée du VCO dans le pays

Numérateur : Nombre d'unités administratives dans les points chauds où ont eu lieu une campagne de vaccination au cours des 12 derniers mois

Dénominateur : Nombre d'unités administratives dans les points chauds ciblées par le plan de vaccination au cours des 12 derniers mois

Résultat attendu : 100 %

Source : Rapports sur les campagnes de vaccination

Indicateur 11 – Proportion de doses de VCO d'urgence par rapport au total des doses administrées au cours des 12 derniers mois

Définition et utilisation : Mesurer la proportion de doses utilisées dans le cadre de campagnes de réponse à une épidémie par rapport aux doses administrées pendant les campagnes de prévention

Numérateur : Nombre de doses administrées dans le cadre d'une épidémie

Dénominateur : Nombre total de doses de VCO administrées au cours des 12 derniers mois

Résultat attendu : NA

Source : Rapports de campagne, demandes de VCO

E. Eau, hygiène et assainissement

Indicateur 12 – Proportion de personnes ayant accès à l'eau potable dans les points chauds

Définition et utilisation : Mesure la proportion de personnes bénéficiant d'un accès de base+ à l'eau potable dans les points chauds du choléra. L'accès de base+ à l'eau potable est défini comme un établissement de distribution amélioré accessible⁷ en moins de 30

min (aller-retour depuis le domicile de la personne) et un approvisionnement en solutions de traitement de l'eau abordables pour garantir la sécurité de la population.

Numérateur : Nombre de personnes vivant dans les points chauds qui ont un accès de base à l'eau potable

Dénominateur : Nombre total de personnes vivant dans les points chauds

Résultat attendu : Au moins 80 % d'accès à l'eau potable dans les points chauds

Source : Programme national de lutte contre le choléra, enquêtes dans les points chauds, enquêtes sur la couverture du VCO

Indicateur 13 – Proportion de personnes ayant accès à des services d'assainissement dans les points chauds

Définition et utilisation : Mesure la proportion de personnes bénéficiant d'un accès de base+ à l'eau potable dans les points chauds du choléra. L'accès de base+ à l'eau potable est défini comme un établissement de distribution amélioré accessible en moins de 30 min (aller-retour depuis le domicile de la personne) et un approvisionnement en solutions de traitement de l'eau abordables pour garantir la sécurité de la population.

Numérateur : Nombre de personnes vivant dans les points chauds qui ont un accès de base à l'eau potable

Dénominateur : Nombre total de personnes vivant dans les points chauds

Résultat attendu : Au moins 80 % d'accès à l'eau potable dans les points chauds

Source : Programme national de lutte contre le choléra, enquêtes dans les points chauds, enquêtes sur la couverture du VCO

Indicateur 14 – Proportion de personnes ayant accès à une hygiène de base dans les points chauds

Définition and use : MDéfinition et utilisation : Mesure la proportion de personnes ayant accès à une hygiène de base dans les points chauds. L'accès à une hygiène de base est défini comme la présence d'une installation dédiée au lavage des mains avec savon et eau sur place.

Numérateur : Nombre de personnes vivant dans les points chauds et ayant accès à une hygiène de base

Dénominateur : Nombre total de personnes vivant dans les points chauds

Résultat attendu : Au moins 80 % d'accès à une hygiène de base dans les points chauds

Source : Programme national de lutte contre le choléra, enquêtes dans les points chauds, enquêtes sur la couverture du VCO

F. Engagement communautaire

Indicateur 15 – Proportion de points focaux formés à l'appui de l'engagement communautaire et de la prévention et du traitement du choléra par habitant des points chauds

Définition et utilisation : Mesure la disponibilité des points focaux formés dans les points chauds, susceptibles de promouvoir les comportements pertinents en matière de prévention et de lutte contre le choléra. Les points focaux peuvent être un bénévole, un agent de santé communautaire, un leader communautaire ou tout autre membre de la communauté.

Numérateur : Nombre de points focaux formés à l'appui de l'engagement communautaire et de la prévention et du traitement du choléra dans les points chauds

Dénominateur : Population totale des points chauds du choléra

Résultat attendu : À déterminer

Source : Listes de formation, enquêtes

Indicateur 16 – Proportion de la population dans les points chauds ayant une bonne connaissance de la prévention du choléra dans les communautés

Définition et utilisation : Proportion de la population vivant dans des points chauds qui savent comment prévenir la transmission du choléra et qui appliquent activement ces pratiques

Numérateur : Nombre de personnes dans les points chauds ayant une bonne connaissance de la prévention du choléra

Dénominateur : Population totale des points chauds du choléra

Résultat attendu : 100 %

Source : Enquêtes CAP, étude de la couverture du VCO, études d'observation

⁷ Les installations sanitaires améliorées désignent les installations conçues pour séparer les excréments de manière hygiénique afin de prévenir tout contact humain.

ANNEXE 1 :

PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA : DÉMARRAGE ET DÉVELOPPEMENT

Démarrage

ACTIVITÉS	DESCRIPTION	RÉSULTATS
Engagement des pays	Alignement sur la Feuille de route mondiale ; cadre multisectoriel, exhaustif et lié au système de santé	<ul style="list-style-type: none">• Engagement politique, technique et financier officiel• Analyse de la situation effectuée• Mécanismes de coordination identifiés• Formulation d'un objectif national
Identification des points chauds	Identification des zones d'intervention prioritaires en fonction de l'historique de l'incidence et de la persistance du choléra ; pondération basée sur les facteurs contextuels et sur la situation EHA	
Évaluation des capacités	Vérification rapide des capacités dans les cinq piliers techniques du PNC	
Analyse et cartographie des activités existantes par les parties prenantes	Identification des rôles et responsabilités des parties prenantes nationales dans les activités de prévention et de contrôle du choléra	
Identification des mécanismes de coordination	Inclusion de tous les ministères et parties prenantes concernés ; rendre des comptes au plus haut niveau ; établir des lignes hiérarchiques nationales dans différents secteurs	

Développement du PNC

PILERS	OBJECTIFS STRATÉGIQUES	RÉSULTATS
Surveillance et notification	<ul style="list-style-type: none"> Détecter rapidement les signaux évocateurs de choléra rapportés par toutes les différentes sources, vérifier ces signaux (c'est-à-dire dans les 48 heures suivant le signal) et permettre la mise en œuvre de mesures de contrôle complètes dans un délai raisonnable (c.-à-d. dans les cinq jours suivant la confirmation en laboratoire). Consigner, mettre à jour, analyser et partager régulièrement des ensembles de données dans chaque zone administrative (jusqu'au même niveau que celui utilisé pour les points chauds). Ces données doivent être intégrées dans les systèmes de surveillance existants et inclure une fonction « Aucun signalement ». 	<ul style="list-style-type: none"> Chiffrage du plan opérationnel par pillier Définition de l'échéancier et identification des responsables
Renforcement du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Accroître l'accès à un traitement efficace au niveau de la collectivité et des établissements de santé afin de réduire de 90 % le nombre total de décès dus au choléra. 	
Administration du vaccin anticholérique	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des campagnes VCO préventives dans des points chauds du choléra désignés et atteindre une couverture élevée dans les populations ciblées. Mettre en œuvre des campagnes VCO de réponse (le cas échéant) en cas d'urgence et atteindre une couverture élevée dans les populations ciblées. 	
Eau, hygiène et assainissement (EHA)	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter (jusqu'à 80 %) la proportion de la population ayant un accès de base+ à l'eau potable et aux services d'assainissement de base et mieux promouvoir l'hygiène dans tous les points chauds du choléra. 	
Engagement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Faire participer davantage les communautés à la prévention et à la lutte contre le choléra afin de mettre fin à la transmission au niveau communautaire. 	

ANNEXE 2 :

RESSOURCES DES PARTENAIRES DISPONIBLES POUR LES PAYS

Retrouvez ci-après une liste des guides élaborés indépendamment par les partenaires et qui peuvent être utilisés comme ressources dans le processus de développement du PNC.

- [1. ACF \(2013\) Manuel pratique : lutter contre le choléra](#)
- [2. ACF \(2005\) Water, sanitation and hygiene for populations at risk](#)
- [3. IFRC - Lignes directrices EHA sur la promotion de l'hygiène dans les opérations d'urgence](#)
- [4. IFRC community engagement and accountability toolkit](#)
- [5. IFRC Community Based Health and First Aid \(eCBHFA\)](#)
- [6. IFRC Surveillance à base communautaire](#)
- [7. MSF \(2017\) Management of a cholera epidemic](#)
- [8. MSF \(2010\) Public health engineering in precarious situations](#)
- [9. Oxfam : Directives relatives aux épidémies de choléra : préparation, prévention et lutte](#)
- [10. Sphere Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response](#)
- [11. UNICEF : Guide pratique de lutte contre le choléra](#)
- [12. UN Water : Guide pour le suivi intégré de l'objectif de développement durable 6 concernant l'accès à l'eau et l'assainissement : Cibles et indicateurs mondiaux](#)
- [13. OMS et UNICEF : Outil d'amélioration de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement dans les établissements de santé \(WASH FIT\)](#)
- [14. WHO Guidelines on Sanitation and Health](#)
- [15. OMS : Water Safety Planning – A roadmap to supporting resources](#)
- [16. OMS : Communicating risk in public health emergencies](#)
- [17. WHO Guideline for the implementation of OCV campaigns](#)

ANNEXE 3 :

ANALYSE SWOT

Le modèle ci-dessous fournit des exemples de critères à prendre en considération pour déterminer les « forces, faiblesses, opportunités et menaces » (SWOT) pour chacun des piliers du Plan national de lutte contre le choléra.

ZONE	IMPORTANCE GÉNÉRALE DE MENER DES ACTIVITÉS DE LA FEUILLE DE ROUTE (élevée/moyenne/faible)	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITÉS	MENACES
État du système actuel, des installations et de leur fonctionnalité (consulter les évaluations existantes, les politiques nationales, les SOP, les lignes directrices, etc.)					
Disponibilité des fonds pour entreprendre des activités critiques					
Disponibilité de ressources humaines pour entreprendre les activités prévues dans le plan					
Intégration aux activités des autres piliers					

ANNEXE 4 :

ANALYSE DES PARTIES PRENANTES

Les objectifs d'une analyse par les parties prenantes sont de déterminer tous les acteurs pertinents qui peuvent contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de votre plan et d'évaluer leur niveau d'implication et d'intérêt afin d'élaborer une stratégie efficace de communication et d'engagement.

Le tableau ci-dessous peut être utilisé pour évaluer le niveau d'engagement requis auprès des parties prenantes identifiées. Les paramètres couramment utilisés sont le niveau d'intérêt et le niveau d'influence des parties prenantes.

La matrice des parties prenantes présentée ci-dessous donne une indication de la stratégie d'engagement qui est utile pour chaque groupe de parties prenantes.

	Grande influence, faible intérêt	Grande influence, grand intérêt
INFLUENCE OU POUVOIR	<p>Grande influence, faible intérêt</p> <p>Gardez à l'esprit les objectifs/domaines d'intérêt de ces parties prenantes et essayez de les satisfaire.</p>	<p>Grande influence, grand intérêt</p> <p>Essayez d'établir et d'entretenir des relations solides avec ces parties prenantes tout au long du processus de planification et de mise en œuvre. Ces parties prenantes seront essentielles pour atteindre les résultats escomptés.</p>
	Petite influence, faible intérêt	Petite influence, grand intérêt
	<p>Petite influence, faible intérêt</p> <p>Suivez régulièrement les activités de ces parties prenantes et maintenez-les dans la boucle de communication sans diffusion spécifique.</p>	<p>Petite influence, grand intérêt</p> <p>Tenez ces parties prenantes au courant de vos objectifs et des progrès réalisés pour améliorer vos chances de réussite.</p>
	INTÉRÊT	

