



République d'Haïti
Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

Cadre d'Actions Intégré (CAI) du Choléra
Octobre 2022

Table des matières

Sigles et acronymes	iv
1. Contexte.....	1
2. Objectifs.....	2
3. Principes directeurs.....	3
4. Axes priorités	3
4.1 Gouvernance	3
4.1.1 Coordination.....	3
4.1.2 Gestion de l'information	6
4.1.3 Recherche	6
4.1.4 Suivi-évaluation	7
4.1.5 Résultats attendus	8
4.1.6 Indicateurs.....	8
4.2 Accès aux soins de santé	9
4.2.1 Soins Préventifs.....	9
4.2.2 Soins Curatifs.....	12
4.3 Lutte contre la transmission	12
4.3.1 Alerte	12
4.3.2 Réponse.....	14
4.4 Eau potable, Assainissement et Hygiène (EPAH).....	15
4.4.1 Santé	15
4.4.2 Eau Potable et Assainissement.....	16
a) Traitement et contrôle de la qualité de l'eau et des risques de contamination	16
b) Approvisionnement en eau potable d'urgence et reprise du service régulier	17
c) Vidange des fosses des centres de traitement de patients et traitement adéquats des boues fécales	17
d) Communication sur le lavage des mains et les pratiques de défécation	17
5. Coût d'exécution	21
6. Résumé du budget.....	21
7. Cadre logique	25
8. Annexes.....	35

Annexe 1 : Signalement et notification des cas et des décès.....	35
a) Niveau communautaire	35
b) Niveau institutionnel	35
c) Flux de l'information	36
Annexe 2 : Collectes des spécimens de selles	37
Annexe 3 : Conservation et transport des spécimens	39
Annexe 4 : Liste des sites sentinelles et des laboratoires fonctionnels en fonction des ressources disponibles	40
Annexe 5 : Fiche d'Investigation du choléra	41
Annexe 6 : Liste de médicaments et de matériels médicaux essentiels	43
Annexe 7 : Liste des intrants en lien avec l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA)	44
9. Références.....	45

Sigles et acronymes

AIP	: Auxiliaire Infirmière Polyvalente
ASCP	: Agent de Santé Communautaire Polyvalent
BM	: Banque Mondiale
CAN	: Centre Ambulancier National
CCN	: Cellule de Crise Nationale
CDAI	: Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CMI	: Coordonnateur des Maladies Infectieuses
CTDA	: Centre de Traitement de Diarrhées Aigües
C-TED	: Conservation-Traitement d'Eau à Domicile
DAB	: Direction de l'Administration et du Budget
DELR	: Direction d'Épidémiologie, de Laboratoires et de Recherche
DGPC	: Direction Générale de la Protection Civile
DHIS2	: District Health Information Software
DINEPA	: Direction Nationale d'Eau Potable et Assainissement
DOSS	: Direction d'Organisation des Soins de la Santé
DPMMT	: Direction de Pharmacie, de Médicaments et de la Médecine Traditionnelle
DPSPE	: Direction de Promotion de la Santé et Protection de l'Environnement
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSI	: Direction des Soins Infirmiers
EDIR	: Equipe Départementale d'Investigation et de Réponse
EHA	: Eau, hygiène et assainissement
EMIRA	: Equipe Mobile d'Intervention Rapide
EPAH	: Eau Potable, Assainissement et Hygiène

ESAVI	: Événement supposé être attribué à la vaccination et à l'immunisation
ESF	: Equipe de Santé de la Famille
HAS	: Hôpital Albert Schweitzer
HICC	: Hôpital Immaculée Conception des Cayes
HSB	: Hôpital St Boniface-Fonds des Blancs
HSD	: Hôpital St Damien
HUJ	: Hôpital Universitaire Justinien
HUM	: Hôpital Universitaire de Mirebalais
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
MSP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
OCHA	: Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires
OCV	: Vaccin Oral contre le Choléra
ONEPA	: Observatoire National de l'Eau Potable et de l'Assainissement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida
OPS	: Organisation Panaméricaine de la Santé
OREPA	: Office Régional de l'Eau Potable et de l'Assainissement
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PCI	: Prévention et Contrôle des Infections
PNRSSE	: Plan National de Réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles
PNST	: Programme National de Sécurité Transfusionnelle
PRO	: Point de Réhydratation Orale
PRO+	: Point de Réhydratation Orale+ (avec un personnel infirmier pour la pose d'une voie parentérale avant le référencement vers un CTDA)
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH
SAEP	: Système d'Adduction en Eau Potable
SIEPA	: Système d'Information intégré sur l'Eau Potable et Assainissement
SIGL	: Système d'Information de Gestion de données de Laboratoire

SIS	: Système d'Information Sanitaire
SRO	: Sel de Réhydratation Orale
UADS	: Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire
UCMIT	: Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles
UCNPV	: Unité de Coordination Nationale du Programme de Vaccination
UCRP	: Unité de Communication et de Relations Publiques
UEP	: Unité d'Etudes et de Programmation
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGUS	: Unité Nationale de Gestion des Urgences Sanitaires
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence américaine pour le Développement International
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Contexte

Le choléra, toxi-infection entérique épidémique contagieuse due à la bactérie *Vibrio cholerae*, découverte par Pacini en 1854 et redécouverte par Koch en 1883, strictement limitée à l'espèce humaine, cause chaque année entre 100 000 à 120 000 décès dans le monde.

Le choléra est une maladie d'origine hydrique à transmission féco-orale, caractérisée par une tendance épidémique. La forme majeure classique est fatale dans la majorité des cas, en absence de traitement immédiat et peut entraîner une létalité de plus de 50% dans les pays où les conditions sanitaires sont précaires.

La brève période d'incubation, de deux heures à cinq jours, renforce la dynamique potentiellement explosive des épidémies. Le germe responsable, le *Vibrio cholerae*, extrêmement virulent, infecte les enfants comme les adultes et peut provoquer la mort en quelques heures.

Au 19^{ème} siècle, le choléra s'était répandu dans le monde entier à partir de son réservoir original, dans le delta du Gange en Inde. Les six pandémies qui ont eu lieu par la suite ont tué des millions de personnes sur tous les continents. La septième pandémie, qui sévit encore aujourd'hui, a commencé en 1961 dans le sud de l'Asie et a gagné d'abord l'Afrique puis les Amériques en 1991.

En 2010, la République d'Haïti a été frappée par une épidémie de choléra qui a causé plus de 820 300 cas et de 10 000 décès depuis le début jusqu'en février 2019. Après plus de trois ans sans aucune détection et notification de cas, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) via le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) a confirmé, le 1^{er} octobre 2022, un cas de choléra (*Vibrio cholerae* O1 Ogawa) à Savane Pistache/Descayettes dans la commune de Port-au-Prince. Au cours de la même période, d'autres cas suspects ont été notifiés avec des décès non seulement dans la commune de Port-au-Prince mais également dans la commune de Cité Soleil.

La résurgence de cette maladie s'inscrit dans un contexte très singulier marqué par une situation socio-économique, politique et sanitaire extrêmement compliquée. Pour être plus précis, le contexte est caractérisé par une hausse du coût de la vie, une rareté persistante de carburant due au blocage du Terminal de Varreux par les groupes armés ; le blocage de l'entrée sud et l'entrée nord de la Capitale, une faible couverture en eau potable, une gestion non conforme des déchets et des conditions d'insalubrité prévalant dans de nombreux endroits. Pour annoncer cette flambée et les mesures adoptées pour circonscrire la maladie, le Ministre de la Santé Dr Alex Larsen et le Directeur Général du Ministère de la Santé, Dr Lauré Adrien et le Directeur Général de la DINEPA, Monsieur Guito Edouard, se sont adressés à la Nation, le 2 octobre 2022.

Dans l'intervalle, des réunions de coordination ont été réalisées avec des acteurs gouvernementaux et des partenaires techniques et financiers et une stratégie de coordination a été mise en place.

Afin de faciliter une réponse concertée, synergique et harmonieuse, le Ministère a élaboré ce Cadre d'Actions Intégré (CAI) qui définit les grandes lignes d'actions assorties de ressources financières nécessaires pour les 12 prochains mois. Il s'inscrit dans la lignée des attributions des directions centrales et des partenaires tant du secteur privé, de la société civile que de l'international. Il décrit les mesures de santé publique que les 10 départements géographiques s'engagent à mettre en œuvre pour se préparer et répondre à l'épidémie de choléra.

Au niveau national, la Cellule de Crise Nationale (CCN) regroupera les principales directions du MSPP, de la DINEPA, de la Protection Civile et des partenaires de l'international pour l'appui technique, la coordination et le suivi de ce cadre fédérateur. Au niveau départemental, les structures et processus de coordination qui avaient fait leurs preuves dans la gestion du choléra en 2010 seront mis à profit.

2. Objectifs

Les actions consignées dans ce document visent à **prévenir les décès et diminuer l'incidence du choléra au sein de la population**. Pour cela, le Ministère de la Santé Publique et de la Population entend mettre en œuvre une approche intégrée pour prévenir et arrêter la propagation du choléra en Haïti.

De manière spécifique, il s'agit pour le Ministère de la Santé et ses partenaires de :

- Intensifier l'éducation de la population en matière d'hygiène domestique et d'hygiène alimentaire ;
- Renforcer la surveillance épidémiologique pour la détection en temps opportun de tous les cas de choléra et d'autres maladies sous surveillance avec une meilleure gestion de l'information;
- Accroître l'accès de la population à l'eau potable;
- Sensibiliser la population sur l'utilisation des installations sanitaires;
- Augmenter la collecte des déchets ménagers générés dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince et dans toutes les autres villes;
- Renforcer le système de santé publique pour faciliter l'accès de la population aux services de soins de santé ; et.
- Renforcer la surveillance proactive par le contrôle de la densité du *Vibrio cholerae* dans les eaux usées de surface et dans les égouts.

3. Principes directeurs

Urgence ; Alignement ; Coordination ; Complémentarité ; Harmonisation ; synchronisation ; Intégration ; Cohérence ; Flexibilité ; Transparence ; Communication ; Respect de la personne ; Redevabilité mutuelle ; Multisectorialité/Intersectorialité ; Rationalité des actions ; Coût-Efficacité ; Atteinte des résultats.

4. Axes priorités

Durant les prochains mois, des mesures d'urgence doivent être exécutées de manière systématique au niveau des huit piliers d'actions répartis à l'intérieur de ces quatre axes stratégiques tirés eux-mêmes du plan d'élimination long terme (2018-2022) qui a été adopté par l'État haïtien.

- La **Gouvernance** incluant la coordination, la gestion de l'information, le suivi et l'évaluation ; le contrôle de qualité et la recherche pour confirmer et évaluer l'impact des interventions ;
- Les **soins de santé**, tant préventifs que curatifs ;
- La **lutte contre la transmission du Vibrio cholerae** ;
- La stratégie "**Eau potable, Assainissement et Hygiène (EPAH)**".

4.1 Gouvernance

4.1.1 Coordination

Le 3 octobre 2022, afin d'assurer la planification stratégique et la coordination des ressources (humaines, matérielles et financières) mobilisées pour la réponse au choléra en Haïti, la Haute instance du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a mis en place une structure de coordination à 3 niveaux : la **coordination hautement stratégique** ; le **task force** et la **coordination départementale**. Dans une approche synergique et complémentaire, chaque niveau a des responsabilités. Ils sont tous les trois très importants et imbriqués. Ils sont supportés techniquement par les groupes thématiques.

Au premier niveau, il y a la **coordination hautement stratégique**. Elle se compose du Ministre de la Santé ; du Directeur Général du Ministère de la Santé ; du Directeur Général de la DINEPA ; des Représentants pays des agences des nations unies et autres bailleurs. Elle se réunit une fois par semaine non seulement pour faire le point sur les besoins stratégiques dans le cadre de la réponse mais aussi pour adresser les questions de mobilisation de ressources en lien avec la réponse à l'épidémie.

Au deuxième niveau, il y a le **task force**. Cette coordination se réunit quotidiennement afin de voir l'implémentation des interventions sur le terrain par

thématique. Les Directeurs départementaux siègent au niveau de ce task force et font le lien entre la coordination départementale et le task force où siègent également le Ministre et le Directeur Général du Ministère. Le task force est chargé de la coordination de la réponse nationale, en partenariat avec les institutions du secteur privé, de la société civile, et de la coopération internationale, dont la présence et l'engagement aux côtés de l'État haïtien représentent une véritable opportunité pour le renforcement du mécanisme d'actions concertées, intégrées et harmonisées. En fonction de l'évolution de la maladie, la fréquence des réunions peut être modifiée.

Au besoin, ce **task force** peut être transformé en **Cellule de Crise Nationale (CCN)** avec l'ajout de certains ministères tels les travaux publics, l'environnement, l'intérieur, l'éducation nationale, la communication, la planification, l'économie et des finances ; et de certains partenaires de l'international tels l'OPS, l'UNICEF, l'USAID, l'UNFPA, le CDC, l'ONUSIDA, la Banque Mondiale, le PAM, l'OCHA). Cette liste de partenaires est loin d'être limitative. Une fois la première réunion organisée et compte tenu de l'évolution de la maladie, la Cellule de Crise Nationale se réunira une fois par semaine et remplacera la réunion du task force qui aurait dû avoir lieu ce jour-là. Les groupes thématiques sont en support technique au task force et à l'opération qui se fait au niveau des départements.

Enfin, il y a la **coordination départementale** qui se fait naturellement sous le leadership des directeurs départementaux. Les directeurs départementaux se réunissent avec les partenaires travaillant dans leurs départements respectifs incluant les ONG qui sont dans l'implémentation sur le terrain. Cette coordination doit aider chaque département à maintenir un certain équilibre entre ses besoins pour la réponse et sa capacité à mobiliser des ressources. En ce sens-là, les directions départementales peuvent compter sur l'appui de l'Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire (UADS) pour tout support technique mobilisable au niveau central du Ministère.

Dans ce schéma à trois têtes, et comme prévu dans le Plan National de Réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (PNRSSE), l'**UNGUS** joue surtout un rôle de secrétariat exécutif. A ce titre, elle assure la coordination des activités administratives et techniques du task force ou de la CCN ; prépare les plans d'actions et les budgets à partir des orientations et cadres stratégiques validés par le Ministre et le Directeur Général ; elle veille à l'exécution des plans et budgets approuvés en faisant des rapports réguliers au Directeur Général qui fera les suivis appropriés auprès du Ministre ; elle s'occupe de la logistique pour l'organisation des réunions régulières du task force et/ou de la CCN.

L'UNGUS, à travers ses cadres, participe aux réunions des différents groupes thématiques. Le *task force* ou la Cellule de Crise Nationale est présidée par le Directeur Général, Dr. Lauré Adrien, sous la supervision du Ministre, Dr Alex Larsen. La CCN est dotée des pouvoirs nécessaires relativement aux ressources placées sous sa gestion, et

peut faire appel à toutes les compétences jugées utiles dans l'accomplissement de ses activités.

Toutes les directions concernées par les urgences au sein du Ministère de la Santé sont membres à part entière du *task force* et jouent pleinement leurs rôles. Il s'agit de la **DELR** (pour tout ce qui est alerte, surveillance, réponse épidémiologique et recherche, en partenariat avec les autres acteurs concernés); du **LNSP** (pour tout ce qui concerne les études de laboratoire pour la confirmation des cas, la recherche, etc) ; du **CAN** (pour tout ce qui a trait au transport des patients incluant la prise en charge pré-hospitalière) ; de l'**UCMIT** (pour tout ce qui touche à la problématique des PVVIH et l'intégration des efforts de réponse dans le paquet essentiel de services) ; de la **DOSS** (pour tout ce qui touche à l'organisation des services de santé et à la prise en charge, notamment le profil des institutions de soins, les plateaux techniques, les plans d'effectifs, etc) ; de la **DSI** (pour tout ce qui touche à l'organisation et à la prestation des soins infirmiers) ; de l'**UADS** (pour tout ce qui concerne la coordination et la réponse départementale) ; du **PNST** (pour tout ce qui concerne la régulation et la disponibilité du sang et des produits sanguins dans les situations de crise) ; de la **DPMMT** (pour tout ce qui concerne la disponibilité et la logistique des intrants pharmaceutiques et non pharmaceutiques) ; de la **DAB** (pour tout ce qui touche à la gestion financière, aux politiques et procédures administratives, à la logistique des intrants non pharmaceutiques et aux transports) ; de l'**UEP** (pour tout ce qui touche à la gestion de l'information sanitaire, à la coopération externe, au financement, à la planification sectorielle) ; de la **DRH** (pour la mobilisation et le déploiement de la main d'œuvre, la gestion des contrats); de l'**UCRP** (pour la communication, la sensibilisation, la mobilisation communautaire et les relations publiques) ; de l'**UCNPV** (pour la vaccination/immunisation contre le choléra) et de la **DPSPE** (pour la protection de l'environnement et la promotion de la santé avec un accent particulier sur la stratégie communautaire, sans oublier l'aspect eau, hygiène et assainissement).

Il n'est pas inutile de rappeler que la mission de la structure de coordination est de :

- Identifier et mobiliser les ressources et les capacités internes et externes à même de contribuer au développement et à la mise en œuvre des interventions sur le terrain;
- Assurer la cohérence et la coordination des appuis techniques et financiers, et des actions sur le terrain du secteur public, du secteur privé, de la société civile et de la coopération internationale;
- Assurer une célérité de mise à disposition des ressources à travers une flexibilité dans les financements, un allègement des exigences bureaucratiques, une agilité

des procédures pour éviter les goulots d'étranglement tout en respectant les bonnes pratiques de gestion et un contrôle financier strict et transparent.

- Mitiger les risques et préserver les acquis pour la prestation des services essentiels de santé qui devront être maintenus même en période d'urgence sanitaire due au choléra (ex : santé maternelle, santé reproductive, santé infantile, VIH, malaria, tuberculose, COVID, etc.)

4.1.2 Gestion de l'information

L'information, élément indispensable à la prise de bonnes décisions, se doit d'être opportune, tant au niveau de la surveillance épidémiologique que dans le cadre de la documentation de la réponse Eau, Assainissement et Santé. De fait,

- La surveillance épidémiologique portée par la DELR doit fournir les informations nécessaires afin de planifier, d'orienter les différentes actions de la mise en œuvre du cadre d'actions et aussi d'évaluer les pratiques sanitaires ;
- Le secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement, à travers son observatoire national de l'eau potable et de l'assainissement (ONEPA) et en collaboration avec la surveillance épidémiologique, assurera la gestion de l'information autour de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, en lien avec l'incidence des cas de diarrhée ;
- Le task force, à travers les différentes directions centrales et départementales du Ministère, peut partager des informations stratégiques relatives à leurs thématiques respectives afin de prendre les décisions opportunes.

Ces données pourront faire l'objet de discussion lors des réunions du *task force* ou de la CCN dépendamment de leur sensibilité ou de leur pertinence.

4.1.3 Recherche

La recherche scientifique, élément essentiel dans la lutte, ne sera pas marginalisée. Le long terme sera certainement la phase pour étudier en profondeur et comprendre mais toutefois des recherches préliminaires doivent être réalisées afin de mieux orienter les décideurs. Des activités seront mises en place et permettront d'approfondir le niveau de réflexion et de la critique. Cette démarche favorisera par ailleurs des moments de création et la formulation d'hypothèses, qui vont permettre de renouveler les perspectives et les méthodologies, de procéder à des innovations et à la production de nouveaux savoirs. Elle constituera à la fois un moyen de former des étudiants et des professionnels, et une source d'innovations pour le monde de la santé

et pour le service public d'Eau Potable et d'Assainissement en matière de lutte contre le choléra. En effet, le secteur Eau Potable et Assainissement sera impliqué dans les recherches lancées par le Ministère de la Santé Publique et de la Population, notamment autour des thématiques liées aux pratiques d'hygiène et d'assainissement. La recherche durant le long terme s'articulera autour de diverses activités telles :

- La création d'un mécanisme de recherche opérationnelle en coordination avec la DELR, le LNSP, l'UEP, l'UADS et l'UNGUS dans lequel les universités Haïtiennes et étrangères sont parties prenantes ;
- La création d'un comité de révision technique pluripartite (DELR, LNSP, UEP, UADS, UNGUS, PTF, Universités) des protocoles d'étude impliquant la problématique du choléra en Haïti. Ce comité pourra aussi inscrire ses actions dans le cadre du partenariat existant entre la DINEPA et l'Université d'Etat d'Haïti pour le développement du secteur EPA ;
- La réalisation de travaux de recherches sur la dynamique des épidémies de choléra (persistances, récurrences, flambées) par zones géographiques adaptés aux facteurs EPAH, anthropologiques ou environnementaux mis en évidence ;
- La modélisation et le suivi de l'impact des activités de réponses et de préventions priorisant les zones de persistances et/ou récurrentes ;
- La réalisation d'étude d'efficacité vaccinale, après la réalisation des campagnes de vaccination contre le choléra ;
- La réalisation de recherches sur l'impact réel du niveau d'approvisionnement en eau potable tant en quantité qu'en qualité et de l'existence de services agréés d'Assainissement sur la tendance de l'incidence du choléra dans ces mêmes zones et le recul des maladies d'origine hydrique.

4.1.4 Suivi-évaluation

Le suivi de l'exécution de ce cadre d'actions sera assuré par la cellule de crise constituée des directeurs centraux, des directeurs départementaux du Ministère de la Santé Publique et des représentants des ministères concernés, d'une part ; par des partenaires techniques et financiers dont le rôle est de faciliter la coordination technique et stratégique, d'autre part. La participation des Ministères des Travaux Publics (DINEPA), de l'Education, de la Communication, de l'Environnement, de la Planification, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales (Mairies, DGPC) est également incontournable.

La mise en œuvre opérationnelle du cadre d'actions sera supervisée par la cellule présidée par le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique et le Ministre.

De manière trimestrielle des réunions spéciales seront convoquées afin de revoir les avancées faites dans l'exécution de ce cadre d'actions, de proposer les mesures correctives jugées opportunes et de faire des rapports à la Haute instance du Ministère de la Santé. Les membres du *task force* effectueront des visites de terrain, des tournées dans les départements, des rencontres avec les autres partenaires gouvernementaux et internationaux afin d'évaluer les résultats des interventions, si le besoin se fait sentir.

Une évaluation de la mise en œuvre du cadre d'actions intégré sera menée à mi-parcours et à la fin de la période d'exécution.

4.1.5 Résultats attendus

- 1) **Risque de transmission du *Vibrio cholerae***, dû à l'utilisation d'eau en quantité et en qualité inadéquates, **réduit** à travers la réhabilitation de réseaux existants et la construction de nouveaux systèmes d'adduction d'eau potable dans les zones du pays qui sont touchées et qui ne sont pas actuellement approvisionnées en eau ; ainsi que dans des agglomérations rurales jugées prioritaires;
- 2) **Risque de transmission du *Vibrio cholerae***, dû à une mauvaise disposition et gestion des excréta, **réduit** sur tout le territoire du pays à travers la promotion de de système sanitaire, in-situ, d'évacuation d'excréments dans les milieux urbains et ruraux ainsi que la construction d'égouts sanitaires accompagnés de système de traitement d'eaux usées dans certaines zones touchées; et de système de traitement de boues de vidange des autres communautés ;
- 3) **Accès à l'eau potable** dans les zones affectées **amélioré** ;

4.1.6 Indicateurs

a) Globaux

- Taux de létalité institutionnelle du choléra (**moins de 1%**)
- Taux d'attaque
- Taux de mortalité

b) Spécifiques

- # de personnes ayant bénéficié d'une séance de sensibilisation (**cible, 100%**)
- % d'alertes institutionnelles et communautaires notifiées et répondues en ≤48H (**cible, 100%**)
- # d'ASCP et superviseurs de terrain formés à l'identification des cas et aux réponses aux alertes selon les normes du MSPP
- # de cas pris en charge au niveau institutionnel (CTDA)
- % de patients pris en charge selon le protocole national (**cible, 100%**)
- % d'établissements de santé (CTDA) qui rapportent les cas quotidiennement aux Directions sanitaires (**cible, 100%**)
- % de rapports épidémiologiques remonté par les directions sanitaires à la DELR par semaine (**cible, 100%**)
- % de structures de santé qui remplissent correctement les outils de collecte (registres, dossiers...) des données (**cible, 100%**)
- # de personnel formé/recyclé à l'utilisation de test rapide du choléra
- Taux d'incidence mensuel du choléra en Haïti
- % de la population vivant dans les zones du pays où est active la transmission secondaire qui se lave les mains après la défécation et avant de manger (**cible, >90%**)

4.2 Accès aux soins de santé

4.2.1 Soins Préventifs

- **Vaccination accompagnée des mesures d'approvisionnement en Eau et d'accès à l'Assainissement**

Le MSPP approuve l'approche de l'OMS qui recommande l'utilisation de vaccins anticholériques oraux en association à d'autres mesures de prévention et de lutte là où la maladie est endémique et de l'envisager dans les zones où des flambées épidémiques risquent de se produire. En effet, les études et évaluations menées à la suite de ces différentes campagnes de vaccination avait montré que :

- Le vaccin oral contre le choléra (**OCV**) était accepté par la population en Haïti ;

- La vaccination contre le choléra était réalisable à la fois dans les zones rurales et urbaines ;
- La vaccination contre le choléra associée à des mesures EPA avait entraîné une baisse d'incidence de cas dans les zones ciblées.

En ce sens, la vaccination a été retenue comme mesure complémentaire intégrant les principales actions prévues dans le Plan et a été associée à des actions EPA.

Des séances de vaccination ont donc été réalisées de 2012 à 2018 par les partenaires et le MSPPP tant en zones urbaines qu'en zones rurales. Ces entités géographiques ont été ciblées sur base de la morbidité et de la mortalité du choléra dans ces zones. Au total, 687,586 personnes avaient reçu 2 doses de vaccin en Haïti entre 2012 et 2018.

Il est décidé de continuer cette approche à savoir de maintenir une bonne synergie dans la préparation et la mise en œuvre des activités de vaccination, d'eau, d'assainissement et d'hygiène afin d'immuniser la population des communes de l'Ouest ciblées suivant les critères déjà établis.

Les activités prévues dans le cadre de la mise en œuvre de ce Cadre d'Actions Intégré sont les suivantes :

- Vacciner 575,388 personnes dans les zones ciblées dans les communes de Port-au-Prince, Cité Soleil et Tabarre. Avec possibilité de l'étendre vers les autres départements, si nécessaire ;
- Mettre en œuvre dans ces mêmes zones des mesures d'approvisionnement en Eau Potable et Assainissement, notamment :
 - Les activités de promotion de la conservation et du traitement d'eau à domicile à grande échelle au bénéfice des populations non raccordées aux systèmes de distribution, couplée à l'amélioration des réseaux d'eau et protection des sources et puits
 - La chloration des réseaux d'eau potable dans les zones ciblées pour l'OCV (Vaccin Oral contre le Choléra)
- Promouvoir l'hygiène, l'assainissement et la santé avant, pendant et après les activités de vaccination ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan systématique de monitoring et évaluation des interventions ;
- Utiliser les données générées par le monitoring pour ajuster/adapter les interventions.

- **Promotion de la santé**

L'objectif principal visé par les activités de Promotion de la Santé est le **changement de comportement de la population**. Les prestataires devront saisir toutes les opportunités pour informer et sensibiliser la population et les utilisateurs des institutions sanitaires. Toutes les stratégies habituelles seront considérées et il est souhaitable d'innover en tenant compte les réalités de la communauté visée. Cette composante porte sur quatre aspects.

- Le premier concerne les **connaissances et l'application des pratiques d'hygiène par la population**. Les activités prévues incluent aussi la mobilisation des acteurs qui se positionnent comme maillon de jonction entre la communauté et le système de santé primaire, notamment les ASCP. Afin de promouvoir des comportements pouvant prévenir la transmission de la maladie, les activités de promotion de la santé doivent en effet avoir le plus possible une couverture nationale. C'est le cas par exemple des activités de mobilisation de masse et d'information via les médias ;
- Le deuxième aspect porte sur le **renforcement des capacités des acteurs** liés à la promotion de la santé. Le déploiement des ASCP et des autres acteurs communautaires devra donner un cadre effectif de la capacité de couvrir les communes et les localités ;
- La formation et le déploiement d'officiers sanitaires sur les aspects **d'accompagnement et de contrôle des règlements sanitaires**. Dans le cadre de la lutte, il s'agira du contrôle de qualité de l'eau de boisson, des aliments, des installations sanitaires et de tous les aspects d'hygiène en lien avec la transmission du choléra et autres maladies hydro fécales ;
- Le troisième aspect concerne les **pratiques d'hygiène alimentaire**. Les outils qui seront élaboré dans ce cadre ont une portée nationale. Les activités sur le terrain cibleront initialement les zones à plus haute persistance. Les marchés, les églises et les écoles seront la cible principale, mais la cartographie des zones de persistance aidera pour un ciblage plus large ;
- Le quatrième aspect est très spécifique au **traitement de cadavres** dans les morgues privées. Il est reconnu que le mauvais traitement de cadavre en lien avec les cérémonies funéraires est un des plus importants facteurs de déclenchement des flambées. Si les acteurs de la médecine traditionnelle, les élus locaux et les leaders religieux seront aussi sensibilisés, formés au sujet ; les activités prévues dans ce schéma touchent de manière spécifique les professionnels du secteur privé y compris les institutions sanitaires privées.

4.2.2 Soins Curatifs

- **Renforcement des capacités de prise en charge.**

Cette composante porte sur trois aspects complémentaires :

- Le premier concerne le renforcement des capacités de la prise en charge institutionnelle et inclut un ensemble d'activités « préalables » à la mise en œuvre des activités liées au deuxième aspect ;
- Le deuxième se réfère plus précisément au maintien et au respect des standards de prise en charge dans les structures de santé selon les paramètres fixés par le MSPP ;
- Le troisième porte de manière spécifique sur l'hygiène hospitalière.

4.3 Lutte contre la transmission

4.3.1 Alerte

Stratégie mise en place dans l'immédiat, elle s'appuie sur des systèmes d'alertes locaux institutionnels ou communautaires ; et lorsque ces systèmes d'alertes fonctionnent, la mise en place de réponses précoces et adaptées aux différentes situations est effective. A noter que la réponse communautaire a été mise en place par Haïti, avec des actions réalisées dans les communautés afin de circonscrire, contrôler et éteindre au plus vite les différentes flambées. Elle s'articule autour de différents sous axes :

a) Surveillance institutionnelle (syndromique)

Tout comme lors de l'expérience de 2010, il convient d'assurer la continuité des activités visant à détecter et notifier les cas suspects de choléra, dans l'objectif d'apporter la réponse la plus précocement possible et adaptée. En ce sens, la priorité majeure sera d'harmoniser les listes linéaires au niveau des départements afin de connaître au plus tôt les réelles provenances des cas suspects et favoriser une analyse rapide connaître les zones de recrudescence de cas avec précision. Les activités antérieures qui avaient fait leur preuve par le passé sont, donc, actualisées et reconduites. De manière exacte, on peut citer :

- La continuité et l'extension du réseau de communication lié à la surveillance épidémiologique ;
- L'utilisation de spectromètres de masse pour la confirmation des cas en laboratoire ;
- L'appui technique aux Directions Sanitaires pour l'investigation (DELR/UADS/UNGUS) ponctuelle selon la dynamique de l'épidémie ;

- L'élaboration et la mise en œuvre de protocoles d'échantillonnage selon les phases de l'épidémie ;
- Des visites d'encadrement et de supervision (préférentiellement des membres du task force) réalisées à fréquence trimestrielle dans les 10 départements ;
- La diffusion quotidienne des bulletins épidémiologiques sur la situation du choléra (données de provenances et résultats de laboratoires inclus) ;
- La consolidation de l'utilisation des listes linéaires ;
- La consolidation de l'analyse des listes linéaires ;
- La disponibilité des outils de surveillance de la diarrhée aiguë dans toutes les institutions périphériques ;
- L'actualisation des outils de surveillance de la diarrhée aiguë (définitions de cas, support de collecte, etc.)

b) Surveillance Communautaire des diarrhées aiguës

Cette activité s'avère nécessaire en cette phase de la lutte. La remontée d'informations institutionnelles à fréquence quotidienne doit permettre de détecter la plupart des phénomènes anormaux. De plus, avec l'appui des partenaires internationaux, ceux-ci disposent de « réseaux » d'informateurs directement dans les communautés permettant également la détection sinon le croisement des informations déjà existantes.

- Diffuser un référentiel technique du niveau central qui permet la mise en œuvre (outils) de la surveillance communautaire et l'engagement des communautés ;
- Identifier avec les élus locaux dans chaque commune les groupes (OCB...), personnes (leaders..), ASCP pouvant engager la communauté dans les activités de surveillance et de lutte contre les maladies ;
- Définir avec les directions départementales, UAS, BCS et les élus locaux les modalités de surveillance et de lutte tenant compte des moyens de chaque commune et du rapport technique ;
- Former et Intégrer les ASCP dans les activités de surveillance et de lutte communautaire ;
- Evaluer en continu la performance de la surveillance communautaire des diarrhées aiguës et produire des rapports.

c) Surveillance Laboratoire

La surveillance quoique syndromique doit être renforcée par la surveillance au laboratoire. Cette surveillance permettra de confirmer les cas parmi ceux répondant à la définition de cas ou pas, mais aussi de certifier l'absence de la maladie au sein d'un département quelconque. Elle se réalisera à l'aide de plusieurs activités qui viseront principalement à :

- Consolider le système de transport des échantillons vers les laboratoires et la rétro information ;
- Tester les autres cas de diarrhées aiguës suivant le profil épidémiologique des zones (département, commune ; sections...) ;
- Tester 100% des cas suspects hors des CTDA ;
- Tester 100% des patients vus dans les CTDA ;
- Procéder à la gestion des intrants de laboratoire ;
- Harmoniser, centraliser, analyser et diffuser les informations du réseau de laboratoire (Base de données et identifiant unique, bulletins).

4.3.2 Réponse

La réponse s'articule autour des activités visant à couper la chaîne de transmission principalement dans la communauté. Elle concerne le lancement des actions des EMIRA (Equipes Mobiles d'Intervention Rapide) et/ou des EDIR, la mise en fonction et le déploiement progressif des ASCP et des officiers sanitaires dans la lutte, l'approvisionnement d'urgence en eau potable et en système d'assainissement dans les zones de flambées.

- Le lancement des actions des EMIRA et/ou des EDIR à travers le maintien de la réponse communautaire et l'analyse des activités de réponse par les CMI (Coordonnateur des Maladies Infectieuses) sous le contrôle direct et immédiat des directeurs départementaux ;
- La mise en place, au besoin, d'équipes d'urgence. Il s'agit de prévoir des équipes d'urgence médicales qui pourront être déployées, si nécessaire, en renforcement institutionnel (dépassements de capacité) ou en réponse médicale communautaire ;
- L'intégration et le déploiement progressif des ASCP dans la lutte. Il s'agit d'orienter les ASCP et les auxiliaires superviseurs d'ASCP sur la réponse communautaire. Par la suite, il s'agira de déployer les EMIRA et/ou les EDIR de concert avec les ASCP dans la réponse locale tel le cordon sanitaire (incluant la chimio prophylaxie à la doxycycline), le suivi post cordon et la sensibilisation.

- L'approvisionnement d'urgence en eau potable et en systèmes d'assainissement dans les zones de flambées décrit dans la section suivante. Il s'agit d'assurer la sécurisation des points d'approvisionnement en eau, la chloration de l'eau consommée par la population, la distribution de produits chlorés et le traitement d'eau à domicile en particulier pour les populations des zones de flambées non raccordées aux systèmes de distribution. Le traitement d'eau à domicile est porté par le MSPP avec une forte implication des OREPA en réponse aux flambées ou en accompagnement de la construction de nouveau SAEP. **L'accès à une eau « protégée » et chlorée** reste une priorité majeure, avec un objectif ambitieux mais réaliste de donner accès à plus de personnes urbaines, rurales et péri-urbaines. Cet objectif pourra être atteint grâce à une stratégie combinée de **traitement d'eau à domicile** dans ces quartiers, en particulier pour les populations non raccordées aux systèmes de distributions, couplée à l'amélioration des réseaux d'eau et protection des sources et puits.

4.4 Eau potable, Assainissement et Hygiène (EPAH)

Le contrôle de la propagation de l'épidémie du choléra requiert toute une série de stratégies permettant de casser la chaîne de transmission. En ce sens, un ensemble d'actions en santé, en assainissement et en approvisionnement en eau potable est prévu en vue d'actualiser et de relancer les activités qui avaient donné de très bons résultats par le passé. Ces actions sont présentées ci-dessous.

4.4.1 Santé

Les structures de soins de proximité sont les **points de ralliement des agents de terrains** chargés de maintenir la population en alerte par rapport aux comportements à adopter et à maintenir face aux risques de maladies d'origine hydrique. Elles permettent de circonscrire les maladies, bloquant leur transmission. En ce sens, les sections communales dépourvues d'institutions de santé sont les plus vulnérables et plus à risque. En Haïti, l'un des maillons faibles du système de santé est la couverture du pays en institution sanitaire. L'absence de structures dans certaines sections communales et la faiblesse en équipement et en personnel de celles existantes risquent de mettre le pays à genou. En effet, plus d'une centaine de sections communales sont dépourvues d'institutions de santé et souvent un simple cas isolé déclenche une épidémie de plus ou moins forte ampleur. En ce sens, il importe de prévoir une stratégie propre pour les 122 sections communales non couvertes en institutions de santé afin de circonscrire la maladie.

4.4.2 Eau Potable et Assainissement

Les interventions en eau et en assainissement doivent être recentrées à la fois géographiquement et par thématique. L'objectif est de concentrer dans un premier temps les efforts dans des zones jugées prioritaires en regard de la dynamique connue de la maladie. Par ailleurs, les nouvelles stratégies et actions devront renforcer celles initiées dans le cadre de la stratégie d'élimination antérieurement adoptée, notamment la campagne nationale d'assainissement des eaux, la fourniture de service dans les zones prioritaires.

La stratégie sera déployée autour des axes suivants :

- a) Traitement et contrôle de la qualité de l'eau et des risques de contamination ;
- b) Approvisionnement en Eau Potable d'urgence et reprise du service régulier ;
- c) Réparation et réhabilitation des systèmes et extension du service ;
- d) Appui à la gestion des excréta humains dans les centres de traitement de patients et traitement adéquats des boues fécales ou encore vidange des fosses des centres de traitement et traitement des boues fécales ;
- e) Communication sur le lavage des mains, la C-TED et les pratiques de défécation en coordination avec le MSPP.

a) Traitement et contrôle de la qualité de l'eau et des risques de contamination

Les OREPA travailleront de concert avec les agents du MSPP, spécifiquement ceux des directions départementales de santé pour établir des mini-programmes de Conservation et Traitement d'Eau à Domicile dans les foyers de développement du choléra.

Ces mini-programmes seront établis sur la base des enquêtes de terrain qui seront réalisées comme suit :

- L'OREPA travaillera de concert avec les autorités locales de la commune pour faciliter l'accès au personnel vivant dans la commune ;
- Le personnel dédié des OREPA réalisera les enquêtes de terrain.

Ces enquêtes permettront d'établir un diagnostic rapide de la situation de l'accès ainsi que des pratiques d'utilisation de l'eau à des fins domestiques, avec des points spécifiques pour l'OREPA.

Ces mini-programmes C-TED permettront :

- De tester et de traiter les réservoirs d'eau privés destinés à la vente ;
- De former les vendeurs sur le traitement de l'eau vendue ;

- De faciliter l'accès des familles à des kits d'hygiène et à des tablettes ;
- De diffuser les messages préenregistrés liés aux pratiques d'utilisation de l'eau et des toilettes ;
- De former les familles à la conservation et au traitement d'eau à domicile.

b) Approvisionnement en eau potable d'urgence et reprise du service régulier

Dans les localités et les quartiers non couverts par le service public d'eau potable, l'OREPA travaillera avec ses partenaires pour mettre en place la distribution d'eau par camion. Par ailleurs, la remise en service des systèmes publics d'eau approvisionnant les différents quartiers touchés sera lancée en priorité.

c) Vidange des fosses des centres de traitement de patients et traitement adéquats des boues fécales

Cette gestion est assurée par les OREPA à travers les infrastructures mises en place. Ces infrastructures, Stations de Traitement des Eaux Usées et des Boues de Vidange reçoivent les eaux usées des vidangeurs manuels ou mécaniques.

Les OREPA se rendront disponibles pour appuyer les prestataires de soins de santé pour la vidange des fosses et le traitement des boues fécales, à travers la mise à disposition de la logistique ou la référence vers le service privé, le cas échéant.

Il existe actuellement 2 sites fonctionnels sur le territoire, l'un à Port-au-Prince et l'autre aux Cayes.

d) Communication sur le lavage des mains et les pratiques de défécation

Une note sera établie pour définir dans les détails les messages, les cibles et les canaux de communication à utiliser dans les différentes phases et scénarii d'évolution de l'épidémie.

En attendant, il est admis que :

- La communication sera ciblée Eau Potable et Assainissement ;
- La communication de proximité sera privilégiée ;
- Elle s'adaptera aux messages clés établis par le MSPP.

Le cas échéant, le personnel dédié de l'OREPA se joindra aux équipes de terrain du MSPP pour réaliser les actions spécifiques de réponse, notamment en lien avec le cordon sanitaire, dans les zones de flambée.

Il demeure entendu que, pour toutes les activités en lien avec l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène (EPAH) où environ 1, 000, 000 de personnes sont ciblées, la DINEPA ainsi que les OREPA poursuivront leurs efforts de coordination, d'une part

avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population, et d'autre part avec les partenaires non étatiques de la réponse. Ce, à travers les différents niveaux de coordination établie.

Les différentes étapes des interventions EPAH sont les suivantes :

- **Intervention immédiate**

Elle consiste en la mise en place et le déploiement, sur demande, de structures et d'intrants devant faciliter le traitement de l'eau de boisson des populations des zones touchées. A ce stade les bases de la coordination sont établies et une communication continue est maintenue entre acteurs de la réponse. Elle a été lancée dans les premières 72 heures après l'annonce.

- **Préparation**

Il s'agit de réaliser les diagnostics et enquêtes à la fois sur les capacités de réponse institutionnelle et la situation EPA des zones touchées, de lancer les plateformes de coordination, de produire les premières versions d'une stratégie de réponse, de rechercher des financements pour combler les besoins identifiés et d'entamer le rétablissement, L'extension ou la réhabilitation des services EPA en place. A ce stade une communication bien ciblée est lancée pour accompagner la réponse. Cette étape est réalisée les 4 premières semaines après l'annonce.

- **Réponse régulière**

Au cours de cette étape, les services réguliers ou conjoncturels sont apportés dans et autour des zones touchées. Des partenariats sont établis avec des fournisseurs privés et des organisations humanitaires pour faciliter la fourniture en continu des dits services. Cette étape s'étend jusqu'à la fin de l'épidémie et est établie en court, moyen et long terme.

Si des actions de protection des sources, puits et systèmes d'eau dans les zones rurales et les communes sont déjà en cours et doivent se poursuivre, les nouvelles initiatives doivent prioriser les zones rurales sur la base d'une identification de celles prioritaires. La défécation à l'air libre et la mauvaise gestion des excréta, aussi bien en zones urbaines que rurales, représentent des risques permanents de santé publique. Bien qu'indispensable pour l'élimination du choléra et une priorité pour le développement du pays, l'élimination des excréta requiert une mise en œuvre plus complexe que le volet « eau potable » avec des impacts par conséquent moins rapides sur la transmission de la maladie. Cependant, afin de dynamiser le secteur et d'obtenir des premiers résultats sur la limitation des contaminations croisées, les efforts gestion des eaux usées, des excréta et des boues fécales devront se concentrer prioritairement dans les zones où le choléra persiste et s'installe.

En résumé, il a été convenu que les actions dans l'immédiat se concentrent sur la prévention de la transmission du choléra d'une personne à une autre grâce à la disponibilité et à l'utilisation de l'eau potable pour la boisson, le lavage des mains et le maniement des aliments. Il a été clairement accepté également que la mobilisation communautaire doit être la stratégie principale de lutte et ceci pour tous les secteurs qui y sont associés. Les actions prioritaires concernent la gouvernance ; les soins de santé (préventifs et curatifs) et le secteur potable, assainissement et hygiène (EPAH). Avec pour seul but de lutter contre la transmission du vibrio cholerae.

De manière essentielle, les actions concernent :

- Coordination ;
- Sensibilisation, communication et mobilisation communautaire ;
- Surveillance épidémiologique et laboratoire ;
- Prise en charge des cas et gestion des cadavres ;
- Transport des patients ;
- Intrants/médicaments (incluant la logistique) ;
- Eau potable, assainissement et hygiène (EPAH) ;
- Vaccination.

Du côté de la santé publique, dans l'immédiat, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) entend :

- a) Continuer avec les mesures d'urgence dans la fourniture des soins de santé et de traitement au sérum de réhydratation orale ;
- b) Renforcer le réseau d'agents de santé communautaire polyvalents à raison d'un agent pour 500 à 1000 habitants dans les zones à risque de choléra. Durant le cours de l'épidémie, leur fonction serait limitée à :
 - Réaliser des inspections domiciliaires ciblant les ménages où il y a des cas suspects de choléra ;
 - Rapporter opportunément au Ministère de la Santé les cas de choléra dépistés;
 - Faciliter la prise en charge des personnes infectées de choléra en suivant le protocole du Ministère consistant en : réhydratation à l'aide du sérum oral, accompagnement des patients dans leur comportement d'hygiène et sanitaire en vue de protéger les autres membres de la famille, et quand c'est nécessaire les référer au niveau supérieur des soins de santé du système: centre de traitement de diarrhées aiguës, centres de santé ou hôpital communautaire de référence;

- Promouvoir et appuyer la population à respecter les mesures d'hygiène alimentaire selon les directives du MSPP et de la DINEPA;
 - Renforcer l'éducation à la santé et promouvoir l'hygiène et le changement de comportement pour le lavage des mains.
 - Effectuer des tests de dosage de chlore résiduel aux eaux de consommation des ménages et des réseaux communautaires d'adduction d'eau;
 - Traiter au chlore (et/ou éduquer les chefs de famille à le faire) pour l'eau de boissons qui sera utilisée;
- c) Homogénéiser et superviser les messages d'hygiène et d'éducation sanitaire qui sont diffusés par les divers organismes impliqués dans la lutte contre le choléra. Veiller à ce que les agents de santé communautaire et le personnel des Organismes Non Gouvernementaux (ONGs) soient suffisamment formés pour délivrer les messages du Ministère et de la DINEPA dans le cadre de la sensibilisation de la population sur les risques et moyen de protection contre le choléra;
- d) S'assurer que tous les professionnels de la santé sont formés aux principes de lutte contre le choléra et capables de promouvoir dans leurs pratiques quotidiennes des messages qui exhortent l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène dans les centres de santé, les cliniques et les communautés locales de sensibilisation ;
- e) Etablir un réseau de clubs de santé communautaire pour accroître l'efficacité et diminuer la charge de travail des agents de santé communautaires ;
- f) Etablir un club local de santé communautaire dans tout le pays (dirigé par les travailleurs de la sante) afin de promouvoir l'hygiène et autres sujets d'intérêt de santé publique ;
- g) Vacciner la population des zones à risque ou encore dites vulnérables (97.76 pourcent de la population; environ 575,388 personnes) ;

Du côté de l'eau et de l'assainissement, la Direction Nationale d'Eau Potable et Assainissement (DINEPA) entend :

- h) Continuer avec les mesures d'urgence pour l'approvisionnement en eau saine dans les communautés, notamment dans les communautés à risque de choléra, et tout aussi la fourniture de moyens d'évacuation des excréments dans les hôpitaux, les centres de santé et les ménages nécessiteux ;
- i) Coordonner les interventions de la DINEPA avec celles du Ministère de la Santé en concentrant les activités d'urgence dans la zone sous le contrôle des agents de santé communautaire ;

- j) S'assurer en collaboration avec le Ministère de la Santé que les résidents des communautés identifiées à risque de choléra, n'ayant pas accès à l'eau de boisson saine, puissent consommer de l'eau potable grâce à l'utilisation appropriée du chlore liquide ou des comprimés de chlore ;
- k) Collaborer avec le Ministère de la Santé dans la formation des agents de santé communautaires et les techniciens sanitaires, en matière de : conservation de l'eau, de l'hygiène, analyse de l'eau et connaissance des équipements de production de chlore.

5. Coût d'exécution

Dans les tableaux, les lignes d'actions sont groupées en fonction des piliers et des objectifs définis. Le **coût total** pour l'exécution de ce cadre d'actions intégré est estimé à Cinq milliards six cent huit millions quatre cent quatre-vingt mille cent soixante-quatre gourdes et trente-deux centimes (**5,608,480,164.32 gourdes**), soit quarante-six millions sept cent trente-sept mille deux cent cinquante-huit dollars américains et trois cents (US \$ 46,737,258.03) dont Quatre milliards quatre cent cinquante-sept millions cent un mille cinq cent soixante-six gourdes et zéro centime (**4,457,101,566.00 gourdes**), soit trente-sept millions cent quatre-deux mille quatre cent trente-six dollars américains et trente-huit cents (US \$ 37,142,436.38) pour la **santé publique**, et Un milliard cent cinquante et un millions trois cent soixante-dix-huit mille cinq cent quatre-vingt-dix-huit gourdes et trente-deux centimes (**1,151,378,598.32 gourdes**), soit neuf millions cinq cent quatre-vingt-quatorze mille huit cent vingt-et-un dollars américains et soixante-cinq cents (US \$ 9,594,821.65) pour l'**eau potable, l'assainissement et l'hygiène**.

6. Résumé du budget

Budget global	: 5,608,480,164.32 gourdes	(US \$ 46,737,258.03)
Budget (MSPP)	: 4,457,101,566.00 gourdes	(US \$ 37,142,436.38)
Budget (DINEPA)	: 1,151,378,598.32 gourdes	(US \$ 9,594,821.65)

a) Budget (MSPP) : 4 457 101 566.00 gourdes (US \$ 37 142 513.05¹)

Pilier 1: Coordination au niveau pays et support logistique et opérationnel	Montant (Gourdes)	Montant (US)
	389,628,800.00	3,246,906.67
Pilier 2: Sensibilisation, communication, mobilisation communautaire	1,401,042,000.00	11,675,350.00
Pilier 3: Surveillance épidémiologique & laboratoire	942,786,400.00	7,856,553.33
Surveillance	744,227,000.00	6,201,891.67
Laboratoire	198,559,400.00	1,654,661.67
Pilier 4: Prise en charge	1,001,247,340.00	8,343,727.83
Pilier 5: Transport des patients	90,054,000.00	750,450.00
Pilier 6: Intrants/médicaments	40,860,000.00	340,500.00
Pilier 7: Eau, hygiène et assainissement (MSPP)	169,900,000.00	1,415,833.33
Pilier 8: Vaccination	59,603,720.00	496,697.67
Imprévis (10%)	361,979,306.00	3,016,494.22
Coût total	4,457,101,566.00	37,142,513.05

Pilier 1 : Coordination au niveau pays et support logistique et opérationnel	\$ 3 246 906.67
Champs couverts : Coordination Nationale ; Coordination Départementale ; Coordination intersectorielle ; Coordination intra sectorielle ; Supervision ; Suivi ; Évaluation ; Communication téléphonique ; Carburant ; Réunion ; Véhicules ; Atelier ; Per diem ; Logistique ; Ressources humaines ; Matériels didactiques ; Fournitures de bureaux ; Renforcement institutionnel ; Bilan.	

Pilier 2 : Sensibilisation, communication, mobilisation communautaire	\$ 11 675 350.00
Champs couverts : Conception ; Production ; Impression de matériels ; Diffusion de messages ; Journée d'orientation ; Formation ; Distribution de kits ; Rencontres de mobilisation ; Rencontres communautaires ; Plaidoyer ; Emissions TV et radios ; Spots ; Affiches ; ASCP ; Leaders communautaires ; Autorités politiques ; Supervision ; Coordination ; Mobilisation communautaire ; Réponse communautaire ; Mobilisation sociale.	

Pilier 3 : Surveillance épidémiologique et laboratoire	\$ 7 856 553.33
Champs couverts : Formation ; Recyclage ; Actualisation ; (Re)production et diffusion d'outils ; Investigation des cas suspects ; Recherche active de cas ; Réponse aux flambées ; Renforcement du système de surveillance ; Renforcement du système d'information ; Implémentation de l'EDIR ; Recherche opérationnelle ; Encadrement ; Supervision ; Renforcement de capacités des laboratoires ; Réactifs ; Transport des spécimens ; Acquisition et approvisionnement des sites en test ; Révision et diffusion d'algorithme ; Recrutement ; Matériels ; Equipements ; Fournitures ; Salaires ; Incinérateur ; Séquençage ; Recherche-laboratoire.	

¹ Le taux utilisé est 120 gourdes pour 1 dollar américain.

Pilier 4 : Prise en charge	\$ 8 343 727.83
Champs couverts : Formation ; Recyclage ; Sites de prise en charge ; Médicaments pour les patients ; Lits ; Prise en charge ; Protocole ; Primes ; Alimentation ; Carburant ; Entretien et réparation d'équipements ; Supervision ; Gestion des cadavres ; Electricité ; Eau ; Gestion des déchets ; PCI.	

Pilier 5 : Transport des patients	\$ 750 450.00
Champs couverts : Formation du personnel ; Intrants et matériels médicaux ; Carburant ; Fonctionnement des ambulances ; Transport des patients ; Référencement ; Contre référencement ; Pièces détachées ; Entretien et réparation des ambulances	

Pilier 6 : Intrants/médicaments	\$ 340 500.00
Champs couverts : Stocks ; Quantification ; Besoins en intrants et consommables ; Gestion de stocks ; Approvisionnement ; Pré-positionnement ; CDAI ; SIGL ; Outils de gestion de stocks ; Distribution d'intrants et de médicaments ; Produits pharmaceutiques ; Pharmacovigilance ; Entreposage ; Supervision ; Reproduction et dissémination d'outils de gestion de stocks ; Renforcement de capacités des gestionnaires ; Formation ; Recyclage ; Construction ; Réhabilitation.	

Pilier 7 : Eau, hygiène et assainissement	\$ 1 415 833.33
Champs couverts : Inventaire des matériels et intrants ; Lavage des mains ; Sensibilisation ; Rencontres communautaires ; Formation ; Acquisition ; Aquatabs ; Chlore ; Saut à robinet ; SRO ; Pulvérisateur ; Activités communautaires ; Supervision ; Traitement de l'eau à domicile ; Assainissement dans les ménages ; Postes de rassemblement ; Équipes de santé de famille ; ASCP ; AIP ; Participation communautaire.	

Pilier 8 : Vaccination	\$ 496 697.67
Champs couverts : Formation de formateurs ; Micro-planification ; Formation des opérateurs ; Vaccins ; Approvisionnement ; Stockage ; Gestion des déchets ; Rapportage des données ; Supervision ; Ciseaux pour ouverture des flacons ; Matériels de gestion des déchets ; (Re)production des outils SIS et autres ; Acquisition de matériels kits ESAVI ; Matériels de protection individuelle ; Opérations (vaccination dans les points chauds et les prisons); Logistique.	

b) Budget² (DINEPA) : 1,151,378,598.32 gourdes (US \$ 9,594,821.65)

Axes	OUEST	SUD	NORD	CENTRE	Coordination nationale	TOTAL
Coordination des interventions de prévention et de réponse	2,018,496.67	10,542,740.00	5,668,200.00	2,490,000.00	13,770,000.00	34,489,436.67
Traitement et contrôle de la qualité de l'eau et des risques de contamination	253,224,133.33	146,580,000.00	39,978,800.00	129,300,000.00	-	569,082,933.33
Approvisionnement en Eau Potable d'urgence et services	56,287,066.65	79,571,895.00	26,000,000.00	40,929,000.00	-	202,787,961.65
Vidange des fosses des centres de traitement de patients et traitement adéquats des boues fécales	2,384,766.67	1,404,000.00	1,000,000.00	2,384,766.67	-	7,173,533.33
Communication sur le lavage des mains, le C-TED et les pratiques de défécation en coordination avec le MSPP	39,865,333.33	109,200,000.00	178,279,400.00	10,500,000.00	-	337,844,733.33
TOTAL	353,779,796.65	347,298,635.00	250,926,400.00	185,603,766.67	13,770,000.00	1,151,378,598.32

² Ce budget de la DINEPA couvre une période de 12 mois.

7. Cadre logique

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
1. Santé publique			
Coordination	- Assurer la gestion coordonnée, intégrée, synchronisée et harmonisée de la préparation et de la réponse au Choléra. - Assurer la cohérence et la coordination des appuis techniques et financiers, et des actions sur le terrain, - Mobiliser les mécanismes nationaux de gestion des urgences de santé publique, avec l'engagement des ministères concernés et en renforçant le partenariat avec les acteurs de la société civile haïtienne, du secteur privé et des partenaires internationaux. - Faciliter la coordination intra et intersectorielle.	- Préparation de documents normatifs - Prise de contact avec les partenaires nationaux et internationaux - Rencontre de coordination nationale avec les partenaires - Rencontre de coordination départementale avec les partenaires - Organisation de visites de supervision - Mobilisation de moyens de déplacement - Elaboration d'un cadre d'actions opérationnelles - Cartographie des intervenants - Garantie l'alignement des partenaires sur les priorités - Suivi des actions	Continuité dans les actions Collaboration et engagement des partenaires techniques et financiers Collaboration des groupements d'acteurs ; des autorités locales et d'autres partenaires intervenant dans la réponse.
Sensibilisation, communication et mobilisation communautaire	- Réduire la propagation de la maladie grâce à une communication proactive qui cherche à orienter les messages vers les groupes ciblés. - Informar la population sur les risques existants et de fournir aux communautés et groupes identifiés des informations adaptées à leur situation. - Sensibiliser la population sur la nécessité de se protéger les centres de prise en charge, le personnel médical et non-médical ainsi que toute personne atteinte par le virus. - Établir un engagement communautaire à grande échelle pour	- Révision des supports de communication existant + Impression de matériels de communication (dépliants, oriflammes, livrets, feuillets informatifs, formulaires d'investigation, affiches, fiches techniques) - Journée d'orientation ASCP (agents de santé communautaire polyvalents) - Diffusion de spot (audio-visuel) et de messages en temps opportun sur le choléra : Radio/Médias - Diffusion de messages de sensibilisation par Sound truck (mobiles) au niveau des 146 communes du pays + Distribution de supports de communication (Flyers, Album d'image etc.) pour renforcer les messages clés sur le choléra	Troubles socio-politiques ; Conditions sécuritaires ; Rareté de carburant

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
	<i>des approches de changements social et de comportement.</i>	○ Diffusion en temps opportun de messages et matériels en créole : Téléphonie message - Contrat avec entreprises ○ Orientation des équipes ESF (Equipe santé de la famille) ○ Rencontres de mobilisation au niveau des communes ○ Visites de suivi mensuelles des équipes surveillance épidémiologique à base communautaire ○ Réalisation de réunions de coordinations régulières pour l'harmonisation des activités de sensibilisation à tous les niveaux ○ Documentation et diffusion des résultats des activités de sensibilisation sur les populations ○ Réalisation de réunions de plaidoyer à l'endroit des leaders communautaires et autorités politiques ((Maires/leaders religieux, etc.) pour leur implication et engagement dans la sensibilisation sur l'épidémie du choléra et de la vaccination ○ Réalisation d'émissions interactives sur les médias de proximité ou communautaires ○ Production et diffusion de SPOTS audios et audiovisuels ○ Développement et production d'affiches ○ Production et placement de Billboards au niveau national ○ Production et placement de Banderoles au niveau national ○ Développement et production de flyers ○ Réalisation des rencontres communautaires sur la résurgence du choléra, les symptômes et les moyens de prévention	

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
		○ Lancement de partenariats avec les associations, les ONGs et sociétés civiles dans les activités de sensibilisation et promotion de la vaccination contre le choléra ○ Etablissement de contrats pour l'envoi des SMS sur le choléra ○ Réalisation d'activités de sensibilisation porte à porte des ménages par les Mobilisateurs de proximité (agents de santé communautaires polyvalents, mobilisateurs sociaux, animateurs) ○ Organisation de tournées de sensibilisation dans les lieux publics, marchés et gares par les crieurs publics ○ Diffusion de messages à travers les églises, temples et lieux de culte sur le choléra, les symptômes, les modes de transmission, la prévention et la campagne de vaccination ○ Diffusion de messages radios et spots sur les Radios communautaires et confessionnelles ○ Orientation des journalistes et animateurs des radios communautaires sur les informations clés du choléra (les symptômes, les modes de transmissions et les moyens de prévention) ○ Briefing pour les mobilisateurs de proximités (ASCP, crieurs publics, relais communautaires) sur le choléra ○ Enquête rapide de comportement et de perception autour du Choléra au niveau national	

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
Surveillance épidémiologique & Laboratoire	○ Former/recycler le personnel prestataire et de terrain ○ Assurer le contrôle des foyers ○ Fournir l'information épidémiologique aux instances supérieures et décisives ○ Encadrer et superviser les activités ○ Déterminer l'origine de l'épidémie (Biologique et facteurs de risque favorisants)	○ Formation/Recyclage du personnel prestataire et de terrain ○ Contrôle des foyers ○ Gestion des cas et décès ○ Gestion des alertes ○ Identification des alertes ○ Analyse des alertes ○ Diffusion des Alertes ○ Confirmation et Investigation des Alertes ○ Recherche active des cas communautaires et contacts ○ Réponse Épidémiologique ○ Suivi et évaluation des Activités d'Alertes et de Réponses	Troubles socio-politiques ; Conditions sécuritaires ; Rareté de carburant
Prise en charge (incluant la gestion des cadavres)	○ Assurer la prise en charge des cas ○ Renforcer, aménager et supporter les structures de prise en charge ○ Assurer la gestion des dépouilles mortelles	○ Impression et dissémination des outils ○ Identification des structures Choléra des ONG existantes et à venir ○ Identification des sites de prise en charge ○ Identification des sites PRO ○ Transformation et réaménagement des institutions sanitaires pour la prise en charge du choléra ○ Organisation de la gestion des déchets et des eaux usées ○ Organisation de la buanderie pour le lavage des linges ○ Sécurisation des sites de prise en charge ○ Renforcement des Hôpitaux départementaux et HCR pour la prise en charge ○ Financement des primes et assurance pour le personnel ○ Communication ciblée pour les RH pour tous les sites de prise en charge Choléra (Impression d'affiches) ○ Formation du personnel des IPEC choléra aux normes de Prévention et contrôle des	Troubles socio-politiques ; Conditions sécuritaires ; Rareté de carburant

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
		<i>infections (IPC) (prestataires de soins, ménagères, personnel de soutien, personnel des morgues, logisticiens, etc.)</i> ○ <i>Supervision des normes IPC dans les institutions de prise en charge</i> ○ <i>Disponibilité d'intrants</i> ○ <i>Organisation départementale du référencement de patients</i> ○ <i>Organisation départementale pour le suivi médical des personnes</i> ○ <i>Restauration pour les patients</i> ○ <i>Restauration pour les prestataires</i> ○ <i>Formation des acteurs communautaires pour le repérage et la notification des dépouilles mortelles au niveau communautaire</i> ○ <i>Identification des sites d'inhumation des dépouilles mortelles</i> ○ <i>Constitution d'un stock de sacs mortuaires</i> ○ <i>Diffusion du protocole de gestion des dépouilles mortelles</i> ○ <i>Formation du personnel hospitalier sur la gestion institutionnelle des dépouilles mortelles</i> ○ <i>Formation IPC des acteurs impliqués dans l'inhumation des cadavres (pompes funèbres, transport, etc.).</i> ○ <i>Concertation, sensibilisation et information des organisations religieuses sur la gestion des dépouilles mortelles</i> ○ <i>Sensibilisation des communautés sur la gestion des dépouilles mortelles</i>	
Transport des patients	○ <i>Garantir aux patients le service pré-hospitalier</i> ○ <i>Transporter les patients de la communauté vers les institutions de prise en charge</i>	○ <i>Formation du personnel ambulancier</i> ○ <i>Relevé des ambulances issues des autres structures non CAN</i> ○ <i>Mise en fonction quotidienne des ambulances pour le transport des patients</i>	<i>Troubles socio-politiques ; Conditions sécuritaires ; Rareté de carburant</i>

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
	○ <i>Transporter les patients d'une institution à une autre dans le cadre du système de référence et de contre référence.</i>	○ <i>Formation pour le personnel non CAN</i> ○ <i>Réparation des ambulances du CAN</i> ○ <i>Décontamination des ambulances</i> ○ <i>Maintenance et entretien des ambulances</i>	
Intrants et médicaments	○ <i>Mobiliser des médicaments et des intrants pour la réponse au choléra</i> ○ <i>Approvisionner les institutions de prise en charge en médicaments et intrants selon les besoins identifiés à travers un mécanisme prédéfini</i>	○ <i>Liste des intrants médicaux et paramédicaux nécessaires à la prise en charge des cas de choléra</i> ○ <i>Evaluation du niveau de stocks des intrants de prise en charge</i> ○ <i>Quantification des besoins en intrants médicaux nécessaires</i> ○ <i>Acquisition de stocks de médicaments et de consommables pour la prise en charge des cas de choléra</i> ○ <i>Constitution de stocks standards de médicaments et de consommables de prise en charge des cas</i> ○ <i>Pré-positionnement de stock d'intrants médicaux au niveau des Centres Départementaux d'Approvisionnement des Intrants</i> ○ <i>Suivi régulier du niveau de stocks des intrants médicaux utilisés dans le cadre de la riposte contre le choléra (SIGL)</i> ○ <i>Reproduction et dissémination des outils de rapportage des données logistiques</i> ○ <i>Suivi des cas de notification d'Evénements Indésirables Médicamenteux (Pharmacovigilance)</i> ○ <i>Maintien du renforcement des stocks dans les zones affectées : approvisionnement continue à travers les CDAI et autres sites désignés.</i>	<i>Troubles socio-politiques ; Conditions sécuritaires ; Rareté de carburant</i>
Eau, hygiène et assainissement	○ <i>Evaluer au niveau de toutes les institutions de santé les dispositifs WASH nécessaires à la prise en charge des patients.</i>	○ <i>Formation théorique et pratique du personnel destiné à l'entretien des institutions et de celui qui est affecté à la décontamination.</i>	<i>Troubles socio-politiques ; Conditions sécuritaires ; Rareté de carburant</i>

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
	○ Sensibiliser, mobiliser et éduquer la population sur les mesures WASH à adopter et les comportements à afficher vis-à-vis du choléra. ○ Faire respecter les normes et appliquer les principes WASH.	○ Formation des points focaux communautaires (par exemple, les Officiers Sanitaires, les Agents de Santé Communautaire) pour la diffusion de messages clés sur la promotion de la santé. ○ Sensibilisation de la population en général, en se servant des différents canaux comme la page officielle du MSPP, la télévision, la radio, les réseaux sociaux. ○ Promotion des conditions et des pratiques hygiéniques comme le lavage des mains, le traitement et le stockage de l'eau à domicile, la préparation sécurisée des aliments. ○ Distribution d'affiches instructives et les dépliants informatifs sur la prévention du choléra. ○ Sensibilisation du personnel de soins sur le port obligatoire d'équipement de protection ○ Renforcement des activités de prévention, de mobilisation sociale et de surveillance dans les zones qui ne sont pas encore touchées mais à haut risque. ○ Intensification des activités de sensibilisation et de mobilisation au niveau des marchés publics, les établissements scolaires, les restaurants, les bars et les places publiques sur toutes les mesures préventives contre le choléra. ○ Fourniture de protocoles, de supports de formation et de matériels pour les CTDA. ○ Evaluation des sources d'alimentations en eau potable et le niveau de chlore résiduel libre (CRL) avec la DINEPA. ○ Examen des mesures relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EHA) au	

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
		niveau des zones déjà touchées par la maladie. ○ Garantie l'élimination sécuritaire et correcte de l'EPI usagés. ○ Désinfection et décontamination des espaces publics à risques tels que les marchés et autres lieux de rassemblement. ○ Installation de points de lavage des mains dans des endroits à risques. ○ Inspections sanitaires au niveau des entreprises de traitement et de distribution de l'eau de boisson, des fabriques de jus, des restaurants, des marchands de fritures, des boulangeries etc. ○ Contrôle et vérification de l'aspect WASH au niveau des structures de traitement du choléra et des points de réhydratation orale (PRO). Ces points peuvent aider aussi dans la sensibilisation de la population. ○ Evaluation au niveau des institutions de santé, l'existence d'eau courante en quantité, la salubrité générale, les conditions de gestion des déchets médicaux, les ordures ménagères, l'élimination des eaux usées particulièrement celles provenant de la buanderie et des soins des patients au niveau des CTDA.	
Vaccination	○ Renforcer l'immunité collective contre le choléra en vaccinant 95% de la population cible ○ Interrompre la chaîne de transmission de la maladie	○ Formation des formateurs ○ Formation 1er niveau + Micro planification ○ Formation des opérateurs ○ Operations (vaccination de la population notamment dans les points chauds et les prisons) ○ Supervision départ. vers institutions ○ Supervision des équipes	Troubles socio-politiques ; Conditions sécuritaires ; Rareté de carburant ; Intox

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
		○ Coordination départementale autour de la vaccination ○ Approvisionnement en vaccins ○ Gestion des déchets ○ Rapportage des données ○ Coordination centrale autour de la vaccination ○ Supervision centrale ○ Ciseaux pour ouverture des flacons ○ Matériels de gestion de déchets (Sacs poubelles) ○ Reproduction des outils SIS et autres ○ Acquisition matériels kits ESAVI ○ Matériels de protection individuelle ○ Vaccination de la population carcérale et la population qui se trouve dans les points chauds	
2. Eau potable, assainissement et hygiène (EPAH) DINEPA			
Eau potable, assainissement et hygiène (EPAH)	○ Assurer la coordination de la réponse du secteur EPAH afin de contribuer à circonscrire et bloquer l'expansion de l'épidémie. ○ Continuer avec les mesures d'urgence pour l'approvisionnement en eau saine dans les communautés notamment dans les communautés à risque de choléra, ainsi que la fourniture de moyens d'évacuation des excréments dans les hôpitaux, centres de santé et les ménages nécessiteux.	○ Elaboration de la stratégie EPA Urgence Choléra pour le secteur ○ Contribution au plaidoyer auprès des instances concernées en vue de la mise en place d'un couloir humanitaire spécial pour l'acheminement d'intrants (Carburant pour les stations de pompage, HTH pour assurer la chloration de l'eau de boisson, de baignade, etc....) Etablissement de la disponibilité de moyens humains, financiers et matériels pour chaque OREPA (note résumant les capacités de réponse des 4 autres OREPA.) ○ Mise à jour/adaptation de la plateforme SIEPA pour son utilisation comme outil de collecte des données ;	

Piliers	Objectifs opérationnels fixés	Lignes d'action	Conditions critiques ou hypothèses de risque
		○ Renforcement du programme de communication sur les bonnes pratiques en Eau dans les quartiers et localités ciblés. ○ Participation aux rencontres communautaires aux côtés des directions départementales de santé ○ Diagnostic rapide de la situation de l'accès ainsi que des pratiques d'utilisation de l'Eau à des fins domestiques, avec des points spécifiques au niveau des départements. ○ Diagnostic rapide de la situation de l'accès à des toilettes par commune touchée ○ Identification des localités non desservies et où il y a risques de consommation d'eau contaminée). ○ Enquête Assainissement communautés, Visite des écoles et marchés des zones citées ○ Approvisionnement des quartiers et localités touchés en eau à travers le réseau d'une part et les camions d'autre part ○ Approvisionnement des sites en technologies et produits de traitement en Eau : Lancement de mini programmes CTED ○ Mise à disposition de la logistique pour la vidange des fosses des sites, le cas échéant ○ Participation aux missions de cordon sanitaire, le cas échéant ○ Développement et mise en œuvre du plan de communication sur les services EPA	

8. Annexes

Annexe 1 : Signalement et notification des cas et des décès

a) Niveau communautaire

Qui?

- **Informel :**
 - Leaders communautaires
 - Médias
 - Autres
- **Formel :**
 - ASCP
 - Casec/Asec
 - TEPAC
 - Volontaires de la Protection Civile
 - Volontaires de la Croix Rouge
 - ONG

Comment ?

- **Formel :**
 - Centre d'appel départemental (géré par la coordination départementale)
 - Contact téléphonique immédiat avec les supérieurs hiérarchiques :
 - ASCP → institutions sanitaires → Directions départementales (épidémiologiste)
 - TEPAC → Point focal départemental de la DINEPA
- **Informel :**
 - Médias
 - Contacts téléphoniques

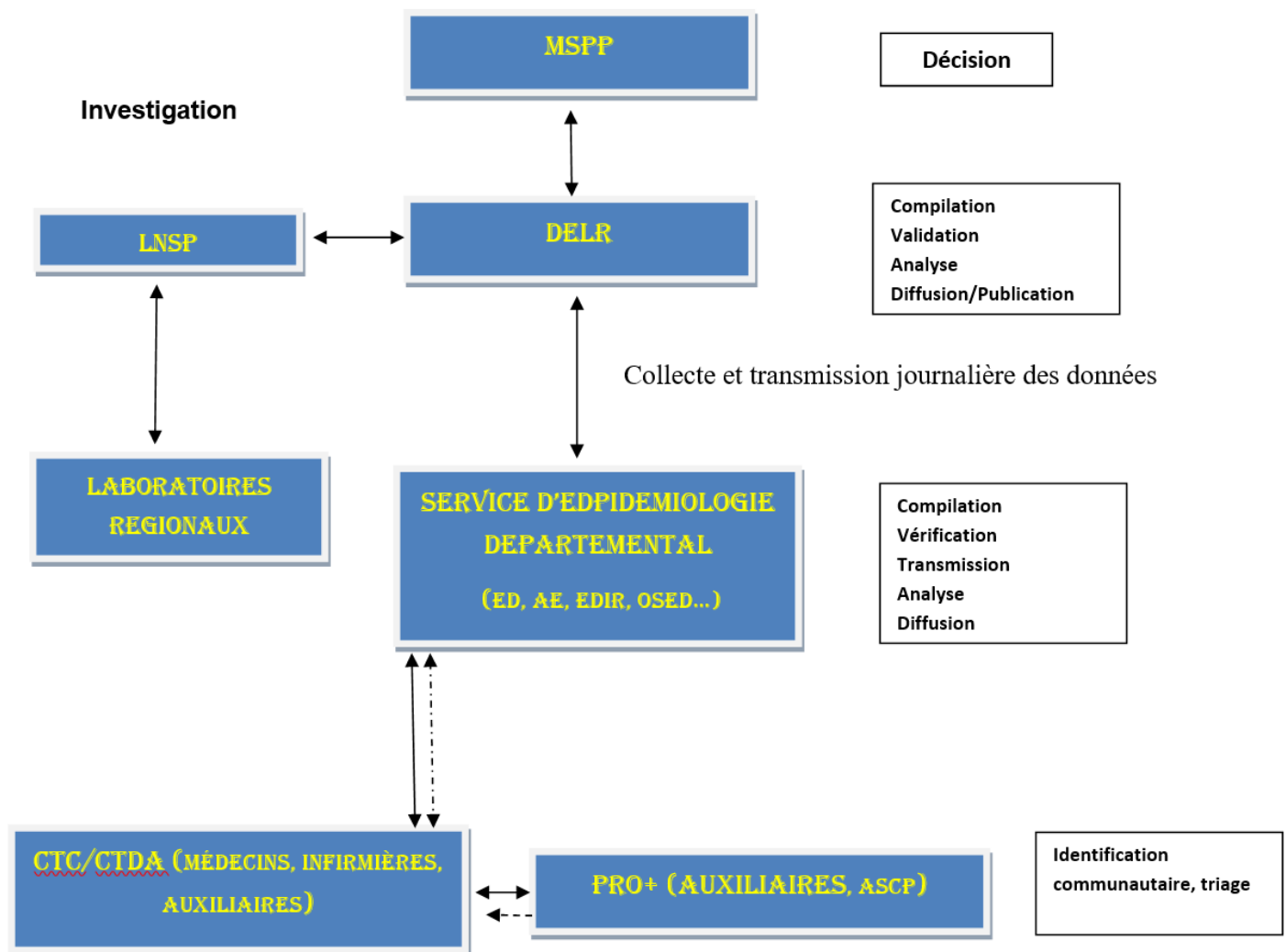
Le personnel du centre d'appels au niveau départemental vérifiera les rumeurs, les signalements ou toutes alertes venant de la communauté et feront aussi le suivi des cas contacts.

b) Niveau institutionnel

- Remplissage exhaustif et systématique du registre standard (électronique et papier) des diarrhées aiguës aqueuses ;
- Remplissage systématique de la fiche d'investigation/notification des décès associés aux diarrhées ;

- Remplissage régulier du tableau mural des pathologies sous surveillance épidémiologique ;
- Rapportage quotidien des données de morbi-mortalité associées au choléra ;
- Notification immédiate de tous les cas et décès suspects de choléra ;
- Cas suspects, cas hospitalisés, décès institutionnels, décès communautaires saisis sur la plateforme électronique (DHIS2) → vers le niveau départemental et central ;
- Transmission des données institutionnelles tous les jours avant midi sur la plateforme DHIS2.

c) Flux de l'information



Annexe 2 : Collectes des spécimens de selles

Les spécimens de selles seront prélevés auprès des patients répondant à la définition de cas suspect de choléra. Les activités de prélèvement et de collecte des spécimens au niveau des sites sont coordonnées par les infirmières PRESEpi au nombre de 25 répartis à travers les 17 sites sentinelles du pays. On compte aussi 18 infirmières Labo-moto qui sont chargées de collecter les spécimens auprès des sites non PRESEpi pour les amener vers les points de chute (Sites PRESEpi).

Les spécimens collectés au niveau des institutions sanitaires au niveau de chaque département seront acheminés vers leurs laboratoires de référence pour les analyses appropriées, tandis que les formulaires de collecte des données seront transmis à l'Epidémiologiste du Département Sanitaire concerné. Le réseau possède huit laboratoires fonctionnels dont le LNSP, les Centres GHESKIO et six laboratoires périphériques (HUI, HUM, HAS, HSD, HICC, HSB) qui sont au service des dix départements du pays.

Les procédures de prélèvement sont les suivantes :

- Si le patient est éligible, demander lui de fournir un spécimen de selles
- Mettre des gants pour la manipulation du récipient de selles et d'autres matériaux
- Récupérer un récipient en plastique, deux ampoules de milieu de Cary-Blair pour le transport, et 2 tampons stériles du laboratoire; l'étiquette du récipient avec le numéro d'identification du patient.
- Ne pas écrire la date du spécimen sur le récipient jusqu'à la réception de l'échantillon.
- Demander au patient de collecter le spécimen directement dans le récipient en plastique et lui informer qu'il doit recueillir assez de selles pour couvrir le fond du récipient (5-10 ml de selles liquides). Lui expliquer d'éviter tout mélange entre les échantillons d'urine et de selles.
- S'il s'agit d'un nourrisson, mettre un plastique dans la couchette ou tourner-la à l'envers, et surveiller attentivement l'enfant jusqu'à ce qu'il passe des selles. Enlever la couchette immédiatement après le mouvement de selles et transférer l'échantillon dans un pot en plastique stérile.
- Ne pas collecter les selles à partir des bassins hygiéniques car ils peuvent contenir des résidus de désinfectant, ou autre contaminant.
- Après que le patient a remis le récipient, placer une étiquette sur les 2 ampoules froides de Cary-Blair.
- Retirer l'emballage de la pointe de l'écouvillon stérile sans le toucher.

- Collecter une petite quantité de selles par l'insertion d'un écouvillon-à pointe stérile en coton ou en polyester dans le spécimen et le faisant tourner. Les mucus ou lambeaux d'épithélium intestinal, s'ils sont présents, doivent être échantillonnés avec l'écouvillon.
- Insérer immédiatement l'écouvillon dans l'ampoule de Cary-Blair froide. Le tampon doit être enfoncé complètement au fond de l'ampoule.
- Casser la partie supérieure du tampon qui était en contact avec les doigts gantés.
- Répéter les mêmes étapes pour un tampon supplémentaire stérile; placer le deuxième écouvillon dans le deuxième tube de Cary-Blair. Fermer le bouchon étanche de l'ampoule de Cary-Blair et du pot de spécimen pour éviter les fuites.
- Coller l'étiquette de spécimen sur le récipient et ajouter le numéro d'identification du patient, et la date de prélèvement. Etiqueter l'(les) ampoule(s) de Cary-Blair avec l'identité du patient et la date. Apporter à la fois le récipient en plastique de selles et les deux ampoules de Cary-Blair au laboratoire et les placer dans le réfrigérateur où la température est maintenue à 4-8°C. Le récipient en plastique de selles et les ampoules de Cary-Blair seront transportés au LNSP.

Annexe 3 : Conservation et transport des spécimens

Le transport des spécimens sera assuré par le Réseau National de Transport des Echantillons (RNTE) en coordination avec les Directions départementales. Au niveau des sites et durant le transport, les selles fraîches prélevées dans un pot stérile sec avec bouchon vissé doivent être conservées entre 8° et 21°C à l'abri des rayons directs du soleil (moins de 48 heures). Les écouvillons des selles placés dans un milieu Cary Blair doivent être aussi conservés entre 8° à 21°C à l'abri des rayons directs du soleil dans moins de 17 jours.

**Annexe 4 : Liste des sites sentinelles et des laboratoires fonctionnels
en fonction des ressources disponibles**

Départements	Sites sentinelles / Labo	Inf. PRESEpi	Inf. Labo Moto	Tech. médicaux	Tech. Dept.	Total
Artibonite (DSA)	HPG	3	2		1	6
	HSN-Labo			4		4
	HAS-Labo			3		3
Centre (DSC)	HSTH	3	1		1	5
	HUM-Labo			3		3
Grand'Anse (DSGA)	HSA	2	1		1	4
	HHF					
Nord (DSN)	HUJ-Labo	2	2	2	1	7
Nippes (DSNi)	CMB	1	1		1	3
Nord'Est (DSNE)	HCRTN	1	2		1	4
Nord'Ouest (DSNO)	HICP	1	1		1	3
Ouest (DSO)	HUP, HUEH, HSD, HSC	8	6		1	15
	LNSP, HSD, GHESKIO (Labo)			14		14
Sud (DSS)	HICC-Labo	2	1	5	1	9
	HSB-Labo					
Sud'Est	HSMJ	2	1		1	4
Total		25	18	31	10	84

CHOLERA

41 | Page

Elimination des excréments :					
Latrine avec fosse	☐	☐	a l'air libre	☐	☐
Chasse d'eau (WC)	☐	☐	dans une rivière	☐	☐
Trou dans la parcelle	☐	☐	Autre		
STATUT VACCINAL					
La personne a-t-elle été vaccinée ? Oui ☐ Si Oui, Lieu _____ Non ☐ Ne sais pas ☐					
Si oui, nombre de doses reçues une (1) dose ☐ Deux (2) ☐ Date 1ère dose / ____/____/____ Date 2ème dose / ____/____/____					
PRELEVEMENT DES ECHANTILLONS					
Le prélèvement des échantillons a été fait avant l'antibiothérapie ? Oui ☐ Non ☐					
ANALYSES DE LABORATOIRE					
TYPE DE SPECIMEN	Date du prélèvement	Date d'expédition au labo	Résultat du Labo		
Selles					
Vomissement					
			Date du résultat ____/____/____		
AUTRES INFORMATIONS					
Le patient est Vivant ☐ Décédé ☐ Si décès, Date ____/____/____					
Hospitalisé ☐ Lieu _____ Date d'admission ____/____/____ Date d'exeat ____/____/____					
CLASSIFICATION FINALE					
Choléra	☐ CONFIRME	☐ EXCLU			
Salmonellose	☐ CONFIRME	☐ ECARTE			
Shigellose	☐ CONFIRME	☐ ECARTE			
Autres diagnostic (précisez) : _____					
OBSERVATIONS					
COORDONNEES DE L'INVESTIGATEUR					
Institution _____					
Nom et Prénom _____ Département _____ Commune _____					
Tel : _____ E-mail _____					

Annexe 6 : Liste de médicaments et de matériels médicaux essentiels

No	DCI	Forme	Dosage	Conditionnement	Classe
					Thérapeutique*
1	Azithromycine	Comprimé	500 mg	blister	Antibactérien/Macrolide
2	Doxycycline	Comprimé	100mg	blister	Antibactérien beta-lactamine
3	Erythromycine	Comprimé	500 mg	blister	Antibactérien beta-lactamine
4	Sulfate de Zinc	Comprimé	10mg-20mg	blister	Antidiarréique Pédiatrique
5	Azithromycine	Suspension	250mg/5ml	flacon	Antibactérien/Macrolide
6	Erythromycine	Suspension	250mg/5ml	flacon	Antibactérien beta-lactamine
7	Sel de Rehydratation Orale	Poudre pour solution buvable		sachet	Réhydratation orale
8	Sulfate de Zinc	Sirop	10mg/5ml-20mg/5ml	flacon	Antidiarréique Pédiatrique
9	Chlorure de potassium	Injectable	1g/10ml	ampoule	Correction troubles hydro-électrolytiques
10	Furosémide	Injectable	10mg/ml, flc 10ml	flacon	Diurétique, Anti-Œdème pulmonaire
11	Chlorure de sodium	Perfusion	0.9%, flc 1000ml	flacon	Solution Parentérale
12	Chlorure de sodium	Perfusion	0.45%, flc 1000ml	flacon	Solution Parentérale
13	Dextrose saline	Perfusion	0.225%, fl 1000ml	flacon	Solution Parentérale
14	Ringer Lactate	Perfusion	fl 1000ml	flacon	Solution Parentérale
15	Alcool 70%	Solution externe	70% Gallon	gallon	Antiseptique
16	Povidone	Solution externe	Iodée 10% fl 200 ml	flacon	Antiseptique
17	Adhesive 4"		DM	unité	DM
18	Aleze		DM	unité	DM
19	Blouse disposable		DM	unité	DM
20	Bistouri	#11	DM	unité	DM
21	Bistouri	#22	DM	unité	DM
22	Coton Hydrophile	500g	DM	unité	DM
23	Debarbouillette		DM	unité	DM
24	Gants propres Medium		DM	Paire	DM
25	Gants propres Large		DM	Paire	DM
26	Gants stériles	# 7.5	DM	Paire	DM
27	Gants stériles	#8	DM	Paire	DM
28	Garrot		DM	unité	DM
29	Gaze non stérile 10X10"		DM	unité	DM
31	Gaze sterile 10×10"		DM	unité	DM
32	Catheter IV	# 18	DM	unité	DM
33	Catheter IV	# 20	DM	unité	DM
34	Catheter IV	# 22	DM	unité	DM
35	Catheter IV	# 24	DM	unité	DM
36	Perfuseur kit		DM	unité	DM
37	Sachet Minigrip 75x95x0.05			unité	
38	Seringue 5ml + aiguille	22G	DM	unité	DM
39	Seringue 10 ml + aiguille	22G	DM	unité	DM
40	Sparadrapp 2.5cmx9.1m	# 1m	DM	unité	DM

Annexe 7 : Liste des intrants en lien avec l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA)

No	Nom des produits / matériels	Spécifications
1	HTH 70%	Drum de 15 ou 45 KG
2	Hand sanitizer	Sanitizer
3	Mistoline	Gallons
4	Gant latex	boites de 50
5	Gant de ménage	gants renouvelables
6	Aquatab	Aquatab
7	Seau à robinet	Seau de 20 L
8	Seau sans robinet	Seau de 20 L
9	Cache nez	bte de 50
10	Tablier plastique	tablier plastic
11	Lunette de protection	Lunette de protection
12	Paire de bottes (Différentes dimensions)	De différentes dimensions
13	Bourrette	Bourrette
14	Pelle (Carré pour déchet)	pelle
15	Sac mortuaire (enfants et adultes)	180 pr adultes et 120 pour enfants
16	Filet d'ombre pour protéger les tentes sous le soleil	Filet Noir
17	Savon lessive	Savons lessibre boite de 16
18	Moppe (Kika)	Moppe kika
19	Press Moppe 3 gallons	
20	Balai (Kika)	Balais KIKA
21	Pédiluve Complet (Bac en bois et carpe) 1m x 1m	Bac de 1m x 1m et capert 300 mètre carré
22	Filet de protection rolls (pour délimitation)	Filet de protection rolls (pour délimitation)
23	Château d'eau 400 à 1000 Gallons	Château d'eau de 500 gallons
24	Drums plastique (pour décontamination vertement)	drum pr décontamination
25	Cuvette pour lessive	Cuvette
26	Kit Lampe solaire rechargeable	Un kit de quatre ampoules minimum
27	Sachet noir poubelle 33 gallons	Sachet poubelle 33 gallons
28	Poubelle à couverture 30 gallons	Poubelle à couverture 30 gallons
29	Sachet poubelle (Rouge, Jaune) 15 gallons	Sachet poubelle jaune 15 gallons et Btes bioscurité
30	Poubelle à couverture (rouge, Jaune,) 13 Gallons	Poubelle à couverture 13 gallons
31	Sprayers 16 L	Sprayer 16 L
32	Gobelets 200 ml	Gobelet gradué 200ml
33	Louche plastique	louche plastique
34	Pool tester et réactif (DPD / Phénol Red)	Pool tester et réactif
35	Pot en plastique gradue, 1L	Pot en pastique
36	Chaise avec trou (pour les patients en observation)	Chaise avec trou
37	Table et chaise pour le personnel	Chaise et table pour bureau

9. Références

- a) Plan d'élimination du Choléra court terme : 2013-2015
- b) Plan national d'élimination du choléra long terme 2018 – 2022
- c) Orientations stratégiques fournies par les directions techniques du Ministère de la Santé Publique et de la Population, et de la DINEPA.