

Evaluation finale du projet
« Lutte contre le choléra et amélioration durable de l'hygiène et de
l'assainissement dans les localités rurales isolées de la chaîne des Cahos
(Artibonite – HAÏTI) »

Rachelle Cassagnol, MD, MPH

Février- Mars 2013

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux	iii
Liste des figures	iii
Liste des abréviations	iv
Synthèse du rapport	v
Contexte du projet	v
Evaluation	v
Résultats de l'évaluation	vi
Leçons apprises et Recommandations	xi
Introduction	1
Contexte	1
Objectifs, résultats attendus et axes d'intervention du projet	2
Objectifs et Méthodologie de l'évaluation	3
Objectifs de l'évaluation	3
Méthodologie de l'évaluation	4
Résultats	5
Impact du projet	5
Efficacité du projet	8
Transfert de compétences et renforcement des capacités des équipes pour une mise en pratique autonome	21
Adéquation de la stratégie des activités de prévention par rapport aux besoins des bénéficiaires et le contexte	24
Adéquation des activités et/ou les services mises en place pour la prise en charge du choléra par rapport aux besoins et contexte	25
Pertinence des choix techniques adoptés	28
Modalités de partenariat et de mise en œuvre du projet par rapport au contexte	31
Conclusion	33
Leçons apprises et Recommandations	34
Lexique	37
Annexe A : Cadre d'évaluation	38
Annexe B : Personnes interviewées	44
Annexe C : Guides d'entretien et Grille d'observation	45

Liste des tableaux

Table 1: <i>Nombre de cas de Choléra rapportés par les structures d'accueil de Médor et de Pérodin, Octobre 2010-Décembre 2012</i>	6
--	---

Liste des figures

Figure 1: Carte géographique d'Haïti avec les zones d'intervention	1
Figure 2 Courbe épidémiologique du choléra dans les sections rurales de Médor et de Pérodin d'Octobre 2010-Décembre 2012.....	7
Figure 3: Chaîne de transmission du vibrio cholerae.....	9
Figure 4: Protocole d'accueil des maladies aux UTC de Médor et de Pérodin	11
Figure 5: Courbe d'évolution mensuelle du nombre de cas et de la létalité du choléra à Médor, Octobre 2010-Décembre 2012.....	12
Figure 6: Courbe d'évolution mensuelle du nombre de cas et de la létalité du choléra à Pérodin, Octobre 2010-Décembre 2012.....	13
Figure 7: Ménages ayant traité l'eau de boisson a Médor et Pérodin, Enquêtes EHA	17
Figure 8: Ménages se lavant les mains dans les moments clés s Médor et Pérodin selon que la localité a été touchée ou non par le programme EHA.....	18
Figure 9: Rôle des instances de Pérodin et de Médor dans le programme de Santé communautaire.....	22
Figure 10 Date et Durée d'hospitalisation des cas de choléra vus a l'UTC de Pérodin, Juin 2012	27
Figure 11: Plan schématique d'un CTC	30

Liste des abréviations

CASEC	Conseil d'Administration de la Section Communale
CRF	Croix Rouge Française
CS	Comité Santé
CTC	Centre de Traitement du Choléra
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement (en créole : DLA pour Dlo, Lijyèn e Asènisman) L' Artibonite).
HTG	Gourdes ; monnaie Haïtienne. Taux de change Mars 2013 : 1 USD = 42.5 HTG
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
O5P-TRA	Oganizasyon 5 ^{ème} section Pewoden-Ti Rivyè Latibonit (Pérodin – Petite-Rivière l' Artibonite)
ODM 6PRA	Organisation pour le Développement de Médor, 6 ^{ème} section Petite-Rivière de l' Artibonite
ODTPKA	Oganizasyon Devlopman Ti Plantè Kawo (en français : Organisation de développement des petits planteurs des Cahos - Association paysanne des Cahos).
OKPK	Oganizasyon pou Kore Pwojè Kominotè (en français : Organisation pour appuyer les projets)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHAST	Participatory Hygiene And Sanitation Transformation
RP	Responsable de Programme
SRO	Sérum de réhydratation Orale
SOCAH	Solidarité avec les Cahos, Haïti
UCS	Unité Communale de Santé
UTC	Unité de traitement du choléra

Synthèse du rapport

Contexte du projet

Après le séisme meurtrier du 12 Janvier 2010 qui a coûté la vie à plus de 200. 000 personnes en Haïti, une épidémie de choléra a frappé le pays en octobre 2010. Les premiers cas ont été retrouvés dans le département du centre à Mirebalais puis dans l'Artibonite notamment à Saint Marc et Petite-Rivière de l'Artibonite. Les mauvaises conditions de l'eau et de l'assainissement en Haïti ont contribué à l'explosion du choléra dans le pays. Dans la Chaîne des Cahos (communes de Petite-Rivière de l'Artibonite et de Marchand-Dessalines) l'une des zones les plus isolées du pays, les premiers cas de choléra ont été recensés rapidement après l'apparition des premiers cas dans le bourg de Petite-Rivière de l'Artibonite.

Pour répondre à l'épidémie de Choléra, Inter Aide, présent dans les localités de Médor et de Pérodin depuis plus de deux décennies a mis en œuvre une intervention avec le support financier de Secours Catholique à Médor, Pérodin et Chenot.

Ce projet avait comme objectifs de :

- Appuyer les dispensaires communautaires de Pérodin et de Médor en leur donnant les moyens de traiter efficacement les patients atteints de choléra
- Poursuivre les activités d'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) initiées en 2007 dans les sections de Pérodin et Médor
- Etendre les activités d'EHA à la zone voisine de Chenot à partir de 2011.

Evaluation

Cette évaluation externe est conduite à la fin de ce projet de deux ans. Les objectifs globaux de l'évaluation sont:

- Mettre en relief les progrès enregistrés en matière de lutte contre le choléra et d'amélioration des pratiques d'hygiène et de l'assainissement dans les localités de Pérodin, Médor et Chenot, du lancement du projet à date.
- Evaluer si les conditions préalables à la pérennisation des nouvelles pratiques/nouveaux comportements d'hygiène et d'assainissement et/ou des services (dispensaires, UTC, captages) sont établies.

Dans un premier temps, les documents pertinents du projet y compris le document de projet, les rapports de suivi ont été revus. Suite à cette revue documentaire, une réunion initiale avec les représentants d'Inter Aide et de Secours Catholique afin de discuter des objectifs spécifiques et des questions de l'évaluation a eu lieu. Puis des indicateurs appropriés pour mesurer chaque question d'évaluation ont été définis et les sources de données ont été identifiées formant ainsi le cadre d'évaluation.

Des données des enquêtes ménages sur les pratiques en matière d'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) qui ont été réalisées par Inter Aide dans le cadre de la mise en œuvre des activités EHA ont été analysées. Des données extraites des registres de cas des UTC et des bases de données de service des UTC ont été analysées.

Les entretiens sur le terrain se sont déroulés du 25 février au 5 mars 2013. Ils ont consisté en des rencontres personnalisées avec des acteurs sur le terrain afin de recueillir leur opinion sur le projet. Ils

ont été conduits avec les partenaires principaux : Représentants des Plateformes communautaires et des commissions santé et des comités de gestion techniques des dispensaires Communautaires de Médor (DCM) et de Pérodin (DCP), des coordonateurs préventifs, des agents de santé, des animatrices et membres de comités santé, des coordonateurs et animateurs du projet EHA d'Inter Aide, des responsables infirmières et auxiliaires travaillant dans les unités de Traitement du Choléra (UTC), des gardiens des UTC de Médor et Pérodin, des leaders communautaires, des ménages bénéficiaires, des membres de l'organisation partenaire ODTPKA à Chenot.

Résultats de l'évaluation

Impact du projet

Le projet de lutte contre le choléra et amélioration durable de l'hygiène et de l'assainissement dans les localités rurales isolées de la chaîne des Cahos a atteint son principal but qui a été de contribuer à la réduction de l'incidence du choléra. **Sur le temps, il y a eu une diminution de l'incidence du choléra sur les zones d'intervention (Médor et Pérodin). Les flambées sont saisonnières et deviennent de moins en moins intenses.** Du début de l'épidémie au 31 décembre 2011, une moyenne de 115 cas a été rapportée par mois. Durant l'année 2012, un total de 208 cas de choléra a été rapporté soit une moyenne 17 cas par mois sur les deux sections communales. Il est important de souligner qu'à Pérodin, 76 des 178 cas de choléra recensés en 2012 soit environ 43% viennent des localités de Chenot.

Les rencontres avec les différentes parties prenantes incluant les représentants de quelques ménages ont permis de voir que la population utilise les services offerts par les UTC en cas de suspicion de choléra. Au début de l'épidémie, la stigmatisation envers les personnes ayant ou ayant eu le choléra était très forte dans la communauté. La stigmatisation a beaucoup diminué grâce aux activités de sensibilisation et d'éducation qui ont été menées par les équipes préventives et curatives. Toutes les familles que nous avons rencontrées ont déclaré qu'elles amèneraient leurs proches ayant les symptômes évocateurs du choléra à l'UTC. Certaines familles ont déclaré avoir des proches qui ont eu le choléra et ils ont été conduits à l'UTC.

L'autre fait témoignant d'une utilisation accrue des services des UTC est le fait que 8 cas de diarrhée aigue qui ne présentent pas les caractéristiques du choléra ont été vus à l'UTC de Pérodin en 2012.

Pendant la durée du projet d'octobre 2010 à Septembre 2012, un total de 1,901 cas a été rapporté par les UTC de Pérodin et de Médor. En appliquant un taux de létalité de 50%, environ 950 personnes seraient décédées du choléra en absence d'intervention de prise en charge. On a enregistré 96 décès. **Plus de 850 décès ont donc été évités grâce aux activités de prise en charge du choléra.** Ce chiffre ne prend pas en compte l'impact des activités préventives menées par les équipes préventives. Ces activités de prévention et de sensibilisation ont permis d'améliorer les comportements en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement ce qui a contribué à réduire l'incidence du choléra et par conséquent le nombre de décès du au choléra.

Efficacité du projet

Prise en charge du choléra

Le taux de létalité a diminué avec le temps ce qui témoigne d'une amélioration de la qualité de la prise en charge dans les UTC de Pérodin et de Médor qui est due à l'amélioration des connaissances du personnel soignant et une plus grande sensibilisation de la population. Tout ceci doit être analysé en

ayant à l'esprit les conditions d'accessibilité aux services de santé dans les Cahos. Le centre de santé public le plus proche est situé à Petite-Rivière de l'Artibonite (soit à 8 heures de marche du Haut Cahos). Même avec un rapprochement des services, certaines localités dépendant de Pérodin et de Médor sont très éloignées et il faut mettre 4 à 5 heures de marche pour atteindre le dispensaire ou l'UTC.

Un total de 57 décès a été rapporté par l'UTC de Médor. De ces 57 décès, 15 sont survenus à domicile. A Médor, la létalité institutionnelle est estimée à 4,8 % (42/881) d'octobre 2010 à décembre 2012. En 2012, il n'y a pas eu de décès sur 29 patients reçus à l'UTC de Médor.

Il y a eu 39 décès sur 1.033 cas de choléra à l'UTC de Pérodin ce qui équivaut à un taux de létalité de 3.8%. En 2012, le taux de létalité à l'UTC de Pérodin est de $6/178 = 3.3\%$. Notons que 4/76 (5.2%) des patients venus des localités de Chenot sont décédés comparé à 2/102 (2%) patients venus des localités de Pérodin. Malheureusement, lors de notre visite à Chenot, nous n'avons pas pu avoir accès aux données de prise en charge du choléra pour la période allant d'Octobre 2010 à Décembre 2012. Toutefois, nous avons vu le registre de cas pour la période allant de Juin à Décembre 2012. Pendant cette période, l'UTC de Chenot a reçu 52 cas de choléra. De ces 52 cas, il y a eu 6 décès ce qui fait un taux de létalité de 11.5%. Pour cette même période, il y a eu 6 décès sur 163 cas soit un taux de létalité de 3.7% et il y a eu 0 décès sur 27 cas admis à Médor durant la même période. Le taux de létalité est trois fois plus élevé à Chenot qu'à Pérodin. Cette différence pourrait s'expliquer non seulement par la qualité de la prise en charge médicale mais également par une plus grande sensibilisation de la communauté de Pérodin quand aux gestes à poser (prise de SRO et visite rapide à l'UTC) en cas de suspicion de choléra. Il faut noter qu'à Chenot, Inter Aide n'a pas eu d'activités de prise en charge du choléra mais seulement des activités d'hygiène et d'assainissement sur quelques localités.

Prévention du Choléra à Pérodin et Médor

Il y a eu une amélioration des connaissances et des pratiques en matière d'hygiène sur les zones de Médor et Pérodin ce qui constitue un atout dans la lutte contre le choléra.

Selon la dernière enquête EHA qui a été conduite par Inter Aide sur les zones de Médor et Pérodin en août 2012, environ 60% des familles traitaient systématiquement l'eau de boisson et avaient le chlore à la maison au moment de l'enquête alors qu'en 2007 seulement 15% des familles traitaient l'eau de boisson. Ce qui est un résultat très positif.

Environ 95% des familles vivant dans les localités touchées par le programme EHA et 78% des familles dans les localités non touchées par le programme EHA de Pérodin et de Médor ont déclaré avoir utilisé le savon ou des cendres de bois pour se laver les mains et avaient le savon à la maison au moment de l'enquête.

Ce changement de comportement est le résultat des activités de prévention menées tant par les équipes préventives formées par les coordonateurs préventifs, les ADS que par les équipes EHA du projet d'Inter Aide sur les zones de Médor et Pérodin.

Les coordonateurs préventifs et EHA ont été formés par MSF et par les RP d'Inter Aide pour les programmes Santé et EHA. Puis les coordonateurs ont assuré la formation des ADS et des animateurs EHA. Les ADS, avec le support des coordonateurs préventifs de Médor et de Pérodin, ont à leur tour procédé à la formation des animatrices de comités santé (CS) et de leurs membres. Les CS sont des relais qui permettent de diffuser les messages de prévention auprès de la population. Ils ont été mis en place par le programme de Santé communautaire depuis plus de vingt ans mis en œuvre par Inter Aide sur Médor et Pérodin. Actuellement, il y a 65 CS à Pérodin parmi lesquels une cinquantaine est active.

Il y a 84 CS à Médor parmi lesquels 70 sont actifs. A travers les comités santé environ 2.000 mères ont été atteintes directement par les activités de prévention. Ce qui a permis d'améliorer leur connaissance en matière d'hygiène et de prévention du choléra. Ces mères réparties sur 120 localités ont participé à la sensibilisation de leurs pairs pour l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène. Plusieurs milliers de familles ont été sensibilisées sur les symptômes du choléra, les moyens de se protéger contre le choléra et des premiers gestes à poser en présence d'une personne présentant les signes de la maladie.

Parmi les méthodes de traitement de l'eau de boisson à domicile la chloration est la méthode la plus adaptée au contexte des Cahos. Cette méthode a été préconisée par Inter Aide depuis des années sur les zones de Pérodin et Médor dans le cadre de la prévention des maladies diarrhéiques. La stratégie d'Inter Aide a initialement été de subventionner le chlore de telle sorte que les dispensaires puissent constituer leur stock de chlore, puis l'acheter de façon autonome et le revendre à travers les postes de chlore animés par des animatrices ou membres des comités santé ou des leaders communautaires. Avec la survenue de l'épidémie de choléra, il y a eu des distributions massives de chlore et des comprimés d'Aquatabs par l'UCS et d'autres organisations. Si à la fin de Juin 2011, un total de 73 des 130 localités sur les zones de Pérodin et de Médor avaient accès à un poste de diffusion de chlore, actuellement il y a seulement 7 postes de vente de chlore actifs sur la zone de Pérodin. Ces postes ont acheté du chlore liquide du dispensaire il y a quelques mois et arrivent à vendre au détail mais de façon réduite. Les autres postes ont dû fermer puisqu'ils ne peuvent plus acheter le chlore du dispensaire étant donné que la population ne veut plus en acheter car elle est habituée à en recevoir gratuitement. En conséquence, les dispensaires ne peuvent pas renouveler leur stock de chlore à un moment où il n'y a plus de distributions gratuites de chlore.

Activités sur la zone de Chenot

Dans le cadre de ce projet seulement un volet EHA a été mis en œuvre à Chenot. Initialement, il était envisagé de poursuivre les activités à Chenot afin de continuer à répondre aux multiples demandes d'appui exprimées par les familles de la zone. Mais les activités de Chenot se sont brutalement interrompues à partir du 1er juillet 2012 suite à un violent incident de sécurité qui a touché la Responsable du programme EHA et son conjoint en poste sur la zone.

Les animations PHAST ont débuté en Janvier 2012 pour brusquement s'arrêter à la fin de Juin 2012. Durant cette période, la couverture latrinale dans les 8 localités où Inter Aide est intervenu est passée de 3% à environ 44% grâce aux 460 latrines familiales construites. Toutefois, les autres localités de Chenot ont une faible couverture latrinale. Actuellement, les résidents de Chenot utilisent l'eau des sources non protégées.

La majorité (9 des 10 personnes interviewées) dans 2 des 8 localités touchées par les activités EHA savaient qu'il faut traiter l'eau de boisson, se laver les mains dans les moments clés comme avant de manger, après la défécation. Cependant, cette connaissance n'était pas souvent mise en pratique. En effet, la majorité des personnes rencontrées à Chenot (8/10) n'avaient pas de quoi traiter l'eau de boisson à la maison le jour de la visite. Trois des 10 personnes interviewées à Chenot ont indiqué que le citron est une alternative pour traiter l'eau quand le chlore n'est pas disponible. L'utilisation du citron dans le traitement de l'eau de boisson a été citée dans la littérature mais son efficacité n'a pas été prouvée. Il faut noter que toutes les familles visitées ont participé à des séances de sensibilisation. Trois des 10 ménages n'ont pas eu leur latrine mais ont suivi quelques réunions PHAST.

Transfert de compétences et renforcement des capacités des équipes pour une mise en pratique autonome

Les équipes de soins des UTC de Médor et de Pérodin allant des infirmières, auxiliaires jusqu'aux gardiens et ménagères ont les compétences techniques pour assurer la continuité de la prise en charge du choléra et la prévention de la contamination nosocomiale. Les équipes préventives (ADS) de Médor et Pérodin formées par les coordonateurs préventifs ont les compétences techniques nécessaires pour mener le projet de lutte contre le choléra et continuer à sensibiliser la population comme elles l'ont fait durant les deux années précédentes

Les comités de gestion technique des deux dispensaires de Médor et de Pérodin ont les outils de base et les connaissances permettant d'assurer la gestion administrative et financière ainsi que le suivi programmatique des activités de santé. Les activités liées au choléra faisant partie intégrante du programme de santé communautaire bénéficieront de ces capacités en gestion administrative, financière et programmatique.

Les plateformes communautaires de Pérodin et de Médor, à travers les commissions santé, ont la capacité technique nécessaire pour assurer le contrôle des activités des UTC. Par contre, elles ont plutôt une capacité limitée en termes de planification, identification et priorisation des besoins et de gestion administrative et financière.

Comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats des enquêtes EHA menées à Médor et Pérodin en 2012, il y a eu une amélioration des connaissances des familles sur les questions clés d'hygiène, d'assainissement. En général, le passage de l'acquisition des connaissances au changement de comportement est difficile et prend du temps. Les messages et activités de prévention doivent être maintenus pour aboutir à un changement de comportement durable et permettre une lutte efficace et durable contre le choléra. La continuité du travail de prévention et de sensibilisation est prévue à travers le programme EHA d'Inter Aide sur les zones de Pérodin et Médor et à travers l'intégration de la prévention du choléra dans les activités préventives des maladies diarrhéiques et les activités de prévention du choléra et changement de comportement.

Adéquation de la stratégie des activités de prévention et de prise en charge par rapport aux besoins des bénéficiaires et le contexte

Les activités de prévention du choléra menées sur les zones de Médor et Pérodin ont abouti à une amélioration des connaissances et un certain degré de changement de comportement comme en témoigne la comparaison des résultats des enquêtes EHA 2012 par rapport aux données de 2007.

La méthode de diffusion du chlore telle que conçue par Inter Aide à travers les poste de revente serait efficace et durable. Le chlore était devenu disponible dans les coins les plus éloignés du centre des sections communales. Selon les enquêtes EHA menées par Inter Aide, 47% des ménages de Médor et 44% des ménages de Pérodin s'approvisionnaient en chlore aux postes de diffusion du chlore en 2011. En 2012, environ 50% des ménages de Médor et Pérodin s'approvisionnaient en chlore aux postes de diffusion du chlore. Les distributions massives gratuites de chlore par l'UCS et d'autres organisations ont affaibli le système de revente. Au début de 2013, seulement 10% des postes de revente avaient du chlore.

A Chenot, nous n'avons pas de données quantitatives de suivi sur les comportements en matière d'hygiène et d'assainissement. Toutefois, les entretiens lors des visites domiciliaires dans les localités qui ont été touchées par les activités EHA ont montré que les bénéficiaires ont appris certaines notions pour barrer la route aux microbes comme l'importance du lavage des mains dans des moments clés comme avant de manger et après la défécation, l'utilisation de la latrine, la nécessité de traiter l'eau de boisson. Toutefois, certaines notions comme les méthodes de traitement de l'eau doivent être renforcées. Ce qui n'a pas été possible du fait de l'arrêt brusque des activités.

La prise en charge du choléra vise non seulement le traitement médical des patients mais également la prévention de la propagation de la maladie. Les UTC de Médor et Pérodin permettent d'atteindre ces deux objectifs. La capacité d'accueil de l'UTC de Médor, étant de 20 lits, permettra de prendre en charge les patients atteints de choléra. Par contre, la capacité d'accueil de l'UTC de Pérodin est plus petite et pourrait être dépassée si la tendance de l'épidémie pendant la saison pluvieuse de 2013 est pareille à celle de 2012.

Pertinence des choix techniques adoptés

Au début de l'épidémie, la prise en charge des patients atteints de choléra se faisait dans les bureaux d'Inter Aide à Pérodin et dans un bureau d'OKPK qui étaient deux espaces séparés des dispensaires qui ont été aménagés en UTC. Ces UTC présentaient l'avantage d'avoir un toit solide, d'être aérés, de permettre une gestion des entrées et sorties, d'être facilement nettoyables. Ce qui a permis de prendre en charge les patients afin de réduire la mortalité et limiter la contamination / infections nosocomiales. Puis un nouvel UTC a été construit à Médor et une maison d'Inter Aide a été aménagée en UTC à Pérodin suite à l'impossibilité d'assurer la construction d'un nouveau bâtiment dans les délais du projet. Ces nouveaux UTC à Médor et à Pérodin ont permis d'avoir des structures adaptées à la prise en charge du choléra tout en prévenant la contamination.

A Chenot, les membres de la communauté ont exprimé leur appréciation envers les activités EHA qui ont été menées sur les 8 localités dans le cadre de ce projet. La couverture latrinale a augmenté dans ces 8 localités. Les gens utilisent les latrines qui sont plutôt bien entretenues.

Modalités de partenariat et de mise en œuvre du projet par rapport au contexte

Inter Aide et Secours Catholique partagent une vision commune du développement ce qui a favorisé le partenariat dans le cadre de ce projet. De plus, Secours Catholique a un bureau en Haïti ce qui lui a permis de mieux comprendre le contexte et aussi les stratégies d'intervention et faciliter la mise en œuvre. Au début, il n'était pas prévu d'avoir des constructions d'UTC mais des tonnelles. Avec la flambée de 2011, Inter Aide a pensé qu'il fallait la construction des UTC sur les zones de Pérodin et Médor et cela a été compris par Secours Catholique. Quand les conditions pour mettre en œuvre la construction d'une nouvelle UTC à Pérodin, n'étaient plus réunies, ce qui avait amené Inter Aide à annuler le chantier et à aménager un espace d'accueil alternatif, Secours Catholique a été flexible et avait compris les raisons qui avaient portées Inter Aide a envisager cette modification de l'activité prévue. De même quand Inter Aide a décidé de mettre fin aux activités de Chenot suite à la violente attaque à main armée contre ses représentants, sa position a été comprise.

Inter Aide appuie le projet de santé communautaire de Pérodin et de Médor depuis près de trente ans. Quand l'épidémie de choléra est apparue en 2010, Inter-Aide était en plein dans un processus de désengagement sur le projet de santé communautaire (débuté en 2009). Le partenariat entre Inter Aide et les plateformes communautaires dans le cadre du projet de lutte contre le choléra, même s'il a parfois été difficile, a aussi rencontré des succès manifestes. Ce partenariat a permis de mettre en place une structure locale techniquement compétente en matière d'intervention dans le cadre de la lutte contre le choléra. Le rôle d'Inter Aide dans la gestion du projet de lutte contre le choléra a diminué pendant que le rôle des plateformes a augmenté sur le temps alors que parallèlement l'incidence et la létalité du choléra ont diminué.

Leçons apprises et Recommandations

Ce projet a abouti à des résultats qui permettent de tirer ces leçons :

- La lutte contre le choléra exige non seulement un traitement médical rapide des cas mais également des activités préventives visant à éduquer la communauté sur les mesures d'hygiène et d'assainissement à adopter pour se protéger contre la maladie.
- Il existe des interactions importantes entre la prévention, la préparation aux flambées de choléra et la prise en charge médicale du choléra ; Il faut préserver l'équilibre entre ces éléments pour atténuer les flambées et faire baisser le taux de létalité.
- L'implication des communautés est un aspect essentiel de la lutte contre le choléra et contre d'autres maladies diarrhéiques à transmission hydrique.
- Une amélioration des connaissances ne se traduit pas nécessairement par un changement de comportement. Le changement de comportement prend du temps. C'est pourquoi les activités destinées à faire adopter de bonnes pratiques d'hygiène doivent être maintenues en permanence, y compris en dehors des flambées de choléra.
- En dehors des flambées de choléra, l'application des règles d'hygiène semble diminuer du fait que les communautés deviennent moins motivées.

Recommandations à Secours Catholique

- Maintenir ce modèle de partenariat flexible et adapté au contexte ce qui facilite la mise en œuvre et permet d'atteindre le but principal du projet.
- Etudier la possibilité d'un partenariat avec ODTPKA pour la poursuite de la mise en œuvre des activités EHA à Chenot. ODTPKA est la seule organisation basée à Chenot qui pourrait assurer la mise en œuvre du projet moyennant un encadrement pour la gestion opérationnelle. Vu la proximité avec Pérodin, et le savoir-faire acquis par l'équipe EHA de Pérodin, un support technique pourrait être fourni par le coordonateur préventif et les animateurs EHA de Pérodin à ODTPKA dans le cadre éventuel d'une poursuite des activités.

Recommandations à Inter Aide

- Poursuivre le programme EHA dans les sections de Pérodin et Médor afin d'améliorer l'accès à l'eau potable et l'assainissement pour avoir 100% de couverture latrinale et la protection des sources afin de contrôler l'épidémie de choléra de façon durable

- Renforcer les liens des équipes EHA d'Inter Aide avec le programme Santé pour une synergie des activités dans la communauté en générale et dans les écoles en particulier.
- Certains membres de la plateforme de Pérodin croient qu'une source non protégée située à environ 100 mètres de l'UTC de Pérodin pourrait être contaminée par les déchets de l'UTC quoique des mesures aient été prises pour éviter la contamination à partir de l'UTC comme la distance à la source, les puits perdus pour l'élimination des eaux usées. A travers le programme EHA, Inter Aide pourrait procéder à l'analyse de l'eau de la source qui se trouve à 100 mètres de l'UTC de Pérodin avant la saison pluvieuse et quand il y aura des cas à l'UTC et faire la comparaison.
- Dans les enquêtes EHA par échantillonnage, Inter Aide a utilisé un échantillonnage en grappe. Cette méthode réduit les coûts d'autant plus que l'habitat est très dispersé dans les Cahos parce que la collecte de données dans chaque localité peut être faite lors d'une seule visite. Cependant, Il faut tenir compte de l'effet de grappe (variance intra qui est faible) dû à l'existence de similarité entre individus d'une même localité. A l'avenir, Il faudrait augmenter le nombre de localités même s'il faut sélectionner moins de ménages dans chaque localité.

Recommandations aux Plateformes/ Commission Santé/ Comités de gestion technique

- Maintenir les activités de sensibilisation sur les mesures d'hygiène et d'assainissement à appliquer pour la prévention du choléra même en dehors des périodes de flambées de choléra. Les activités liées au choléra étant intégrées dans le programme Santé des deux dispensaires de Médor et de Pérodin, il faudra veiller à ce que les activités de prévention du choléra se poursuivent.
- Dans le cadre de la prévention du choléra renforcer l'utilisation du savon pour le lavage des mains ou l'utilisation des cendres de bois pour le lavage des mains quand il n'y a pas de savon
- Insister auprès des mères durant la sensibilisation sur l'importance du lavage des mains après avoir nettoyé les bébés
- Renforcer les messages de préparation du SRO maison
- Construire une structure temporaire (une tonnelle) qui serait destinée à augmenter la capacité d'accueil de l'UTC de Pérodin
- Finaliser les travaux du nouvel UTC de Médor comme la clôture, la tonnelle pour l'accueil des accompagnateurs des patients afin d'être prêts avant la saison pluvieuse.
- Rechercher un appui en vue de renforcer les capacités en gestion des plateformes. Cet appui pourrait être une formation de courte durée afin qu'elles comprennent leur rôle de supervision pour le suivi des activités à court terme et leur rôle stratégique sur le long terme, la description des tâches des administrateurs et qu'elles aient une idée globale des opérations du projet afin qu'elles puissent exercer leur rôle de contrôle vis-à-vis des comités de gestion technique.

Introduction

Contexte

Après le séisme meurtrier du 12 Janvier 2010 qui a coûté la vie à plus de 200.000 personnes en Haïti, une épidémie de choléra a frappé le pays en octobre 2010. Les premiers cas ont été retrouvés dans le département du centre à Mirebalais puis dans l'Artibonite notamment à Saint Marc et Petite-Rivière de l'Artibonite. Les mauvaises conditions de l'eau et de l'assainissement en Haïti ont contribué à l'explosion du choléra dans le pays. Haïti est le pays avec le plus faible taux de couverture en assainissement et eau potable dans l'hémisphère occidental [¹, ²]. Selon les estimations de l'OMS/UNICEF³, 30% de la population haïtienne et 50% de la population rurale n'avaient pas accès à l'eau potable, et 83% de la population n'avaient pas accès à **des installations améliorées d'élimination des excréments** en 2010. Le choléra s'est étendu rapidement à travers les dix départements du pays ; A la fin de 2012, plus de 600,000 cas de choléra et 7,500 décès ont été enregistrés en Haïti. Dans la Chaîne des Cahos (communes de Petite-Rivière de l'Artibonite et de Marchand-Dessalines) l'une des zones les plus isolées du pays, les premiers cas de choléra ont été recensés rapidement après l'apparition des premiers cas dans le bourg de Petite-Rivière de l'Artibonite.

La Chaîne montagneuse des Cahos (communes de Petite-Rivière de l'Artibonite et de Marchand-Dessalines) est située à 3 heures de route au nord de Port-au-Prince, son centre administratif et commercial est Petite-Rivière de l'Artibonite. Le Haut Cahos, avec trois principales localités de montagne (Chenot, Pérodin et Médor), se trouve à 8 heures de marche de Petite-Rivière. La zone a été partiellement désenclavée en 1996 et 2003-2004 par la réalisation de deux pistes de 8 et 20 km praticables en véhicule 4x4 seulement. La dernière partie du trajet jusqu'aux trois localités (1 à 3 heures de marche) ne peut se faire qu'à pied. La Zone de Pérodin et Médor compte environ 31.000 habitants et Chenot compte 30.000 habitants.

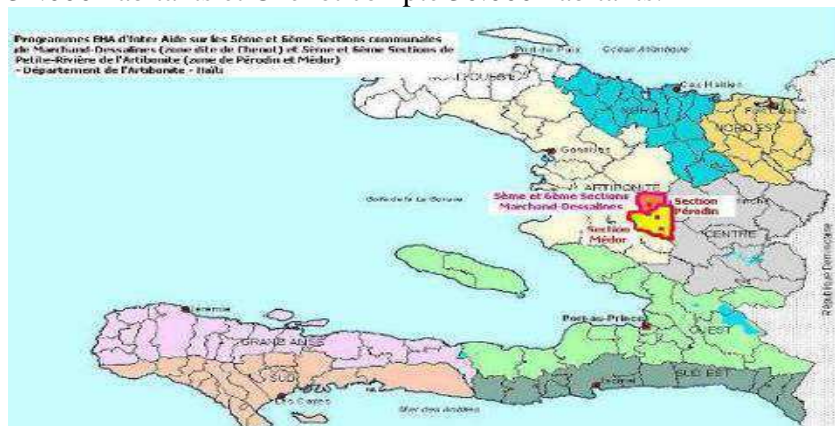


Figure 1: Carte géographique d'Haïti avec les zones d'intervention

¹ Periago, M.R., et al., *Elimination of cholera transmission in Haiti and the Dominican Republic*. Lancet, 2012. **379**(9812): p. e12-3.

² WHO/UNICEF, *Progress on sanitation and drinking-water: 2010 update*. Geneva: World Health Organization, 2010. 2010.

³ WHO / UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation <http://www.wssinfo.org/data-estimates/table/>

Inter Aide est la seule ONG internationale présente sur les zones de Médor et de Pérodin. A Chenot, une association suisse, la Fondation Solidarité avec les Cahos, Haïti (SOCAH) vient en appui direct au dispensaire communautaire.

L'accès aux services de santé de base est limité dans les Cahos. Des trois dispensaires communautaires présents dans les Cahos, deux ont été ouverts par Inter Aide respectivement à Médor et à Pérodin et celui de Chenot a été ouvert avec l'appui de la fondation SOCAH. Le centre de santé public le plus proche est situé à Petite-Rivière de l'Artibonite (soit à 8 heures de marche du Haut Cahos) et le premier hôpital à Deschapelles (10 heures de marche).

Malgré l'enclavement de la zone, les déplacements fréquents et quotidiens des populations entre les mornes et les chefs-lieux de communes (Petite-Rivière et Marchand Dessalines) ont été un vecteur majeur pour véhiculer le vibron cholerae sur l'ensemble des trois zones (Chenot, Pérodin et Médor), jusqu'aux localités les plus reculées. Le manque d'accès à l'eau potable et à un assainissement de base a favorisé la propagation de l'épidémie.

Etant la seule ONG internationale présente dans la zone de Médor et de Pérodin depuis environ 30 ans en appui aux dispensaires de Médor et de Pérodin et mettant en œuvre un projet d'Eau, Hygiène, Assainissement (EHA) à Médor et à Pérodin depuis 2007, Inter Aide a compris la nécessité d'intervenir dans la lutte contre l'épidémie de choléra dans les Cahos. Inter Aide a introduit un volet EHA à Chenot, se trouvant à proximité de Pérodin, ayant suscité une forte demande de la population pour la réalisation de projets d'assainissement.

Objectifs, résultats attendus et axes d'intervention du projet

Avec le support financier de Secours Catholique, ce projet de lutte contre le choléra et amélioration durable de l'hygiène et de l'assainissement dans les localités rurales isolées de la chaîne des Cahos a été mené par Inter Aide pendant la période allant d'Octobre 2010 à Septembre 2012.

Objectifs

L'objectif général de ce projet a été de contribuer à la réduction de l'incidence du choléra.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Appuyer les dispensaires communautaires de Pérodin et de Médor en leur donnant les moyens de traiter efficacement les patients atteints de choléra
- Poursuivre les activités d'EHA initiées en 2007 dans les sections de Pérodin et Médor
- Etendre ces activités à la zone voisine de Chenot à partir de 2011.

Résultats attendus

Les activités mises en œuvre devaient contribuer à atteindre les résultats suivants :

1. Les équipes et les communautés sont sensibilisées et formées aux bonnes pratiques d'hygiène et se prémunissent efficacement contre le choléra
2. Les malades sont référés et pris en charge dans les UTC de Pérodin et Médor ; le nombre de patients et de décès diminue sensiblement
3. Les connaissances et les pratiques liées à l'hygiène et à l'assainissement sont renforcées et améliorées sur la zone de Chenot

4. L'accès à l'eau et à l'assainissement est amélioré durablement dans les localités ciblées de Chenot
5. Les ouvrages réalisés (latrines, UTC...) sont viables, les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement sont ancrées et perdurent au-delà du projet.

Axes d'intervention

Le projet était composé d' :

1. un axe d'intervention pour les sections communales de Médor et Pérodin (Petite Rivière de L'Artibonite) : un volet de sensibilisation et de prévention au niveau des communautés (volet 1) et un volet de prise en charge des malades dans les UTC (Unités de traitement du choléra) des dispensaires communautaires de Pérodin et Médor (volet 2).
2. un axe d'intervention sur les sections communales de Fiéfié et Lacroix (Marchand Dessalines) : un volet de sensibilisation (volet 3), un volet d'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement (volet 4) et un volet de pérennisation des bonnes pratiques et de leur diffusion (volet 5).

Objectifs et Méthodologie de l'évaluation

Objectifs de l'évaluation

A la fin des deux années de financement des activités, cette évaluation est conduite pour mesurer le degré d'atteinte des objectifs fixés par le projet

Les objectifs spécifiques de cette évaluation peuvent être divisés en trois catégories :

1. Objectifs pour le projet en cours
 - Mettre en relief les progrès enregistrés en matière de lutte contre le choléra et d'amélioration des pratiques d'hygiène et de l'assainissement dans les localités de Pérodin, Médor et Chenot, du lancement du projet à date.
 - Evaluer si les conditions préalables à la pérennisation des nouvelles pratiques / nouveaux comportements d'hygiène et d'assainissement et/ou des services (dispensaires, UTC, captages) sont établies.
2. Objectifs pour Inter Aide
 - Vérifier la pertinence de la stratégie d'intervention et en obtenir une confirmation/infirmation.
 - Adapter celle-ci en fonction des recommandations de l'évaluation pour les interventions à venir.
 - Ouvrir des pistes pour la pérennisation des comportements adéquats et/ou des services qui permettent d'améliorer les conditions de vie des familles les plus démunies.
- c) Objectifs pour le Secours Catholique
 - Mettre en valeur des éléments forts du projet, comme modèle pour d'autres expériences dans le même domaine.
 - Ouvrir des pistes pour la pérennisation des actions et plus généralement pour la pérennité des différentes dynamiques communautaires initiées autour des projets d'amélioration

de l'hygiène, assainissement et accès à l'eau potable menés par Inter Aide sur d'autres zones.

- Envisager les différentes stratégies d'action pour l'avenir et les évolutions du partenariat avec Inter Aide.
- Pouvoir rendre compte à ses donateurs de l'efficacité des actions entreprises dans le cadre du Programme Haïti mis en œuvre suite au séisme de 2010.

Méthodologie de l'évaluation

Revue documentaire et Discussions initiales avec Secours Catholique et Inter Aide

La revue documentaire a consisté en l'analyse du contenu du document de projet, des rapports de suivi des activités.

Une réunion initiale avec les représentants d'Inter Aide et de Secours Catholique afin de discuter des objectifs spécifiques et des questions de l'évaluation a eu lieu.

Suite à la revue documentaire et les discussions initiales avec les représentants d'Inter Aide et de Secours catholique, des indicateurs appropriés pour mesurer chaque question d'évaluation ont été définis. Ensuite, les sources de données ont été identifiées formant ainsi le cadre d'évaluation présenté en Annexe A. Nous avons considéré comme première source des données secondaires provenant des rapports de suivi, des bases de données, des registres du projet et des enquêtes qui ont été menées au cours du projet. Ce cadre d'évaluation a été utilisé pour compléter la revue documentaire, et des guides d'entretiens pour mener les entrevues en profondeur et les grilles d'observation.

Entretiens

Les entretiens sur le terrain se sont déroulés du 25 février au 5 mars 2013. Ils ont consisté en des rencontres personnalisées avec des acteurs sur le terrain afin de recueillir leur opinion sur le projet. Ils ont été conduits avec les partenaires principaux : Représentants des Plateformes communautaires et des commissions santé, des représentants des comités de gestion techniques des dispensaires Communautaires de Médor (DCM) et de Pérodin (DCP), des coordonateurs préventifs, des agents de santé, des animatrices et membres de comités santé, des coordonateurs et animateurs du projet Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) d'Inter Aide, des responsables infirmières et auxiliaires travaillant dans les unités de Traitement du Choléra (UTC), des gardiens des UTC, des leaders communautaires, les ménages lors des visites domiciliaires, des bénéficiaires du projet, des représentants membres des organisations partenaires comme ODTPKA. Ces entretiens se sont tenus dans les trois zones du projet : Pérodin, Médor et Chenot. La liste des personnes interviewées par zone se trouve en annexe B.

Dix sept ménages ont été visités sur les trois zones. A Chenot, dix ménages ont été visités à Bois Michel Kola et Carrefour Rocher qui sont deux des huit localités qui ont été touchées par les activités EHA. Quatre ménages ont été visités à Pérodin et 3 ménages à Médor. Lors des visites domiciliaires, un entretien individuel semi-directif a été mené avec un adulte présent à la maison au moment de la visite. L'entretien a porté sur les thèmes suivants : approvisionnement et traitement de l'eau de boisson, le lavage des mains, connaissance et attitudes face au choléra, la disposition des matières fécales, la disponibilité de latrines. Dans tous les ménages ou il y avait

une latrine celle-ci a été observée. Le guide d'entretien qui a été utilisé est présenté en Annexe D (Guide d'entretien Ménage).

Il est important de souligner que les informations recueillies lors de ces visites domiciliaires ne peuvent pas être extrapolées à l'ensemble de la population parce que l'échantillon est assez restreint. Toutefois elles ont été utilisées pour comprendre les attitudes et pratiques en matière, d'eau, d'hygiène et d'assainissement, les attitudes face au choléra et l'utilisation des services de prise en charge du choléra par les communautés.

Observation de l'état des ouvrages et des installations du projet

Les UTC de Pérodin et de Médor ont été observées suivant une grille d'observation qui est en annexe C.

Analyse de données secondaires

Des données des enquêtes ménages sur les pratiques en matière d'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) qui ont été réalisées par Inter Aide dans le cadre de la mise en œuvre des activités EHA à Pérodin, Médor et Chenot ont été analysées. Des données extraites des registres de cas des UTC et des bases de données de service des UTC de Médor et de Pérodin ont été analysées.

Restitution

Un compte rendu à chaud a été effectué lors de la restitution à la fin de la mission d'évaluation à Pérodin le 6 mars 2013. Des représentants de la plateforme et de la commission Santé de Pérodin, des comités de gestion technique des dispensaires de Pérodin et de Médor, des prestataires de santé/ coordonatrice de l'UTC de Pérodin, des coordonateurs préventifs de Médor et de Pérodin, des agents de santé de Pérodin, des représentants du programme EHA d'Inter Aide de Pérodin et Médor, un représentant d'OKPK, un représentant du nouveau financeur du programme de Santé Communautaire de Médor et de Pérodin ont participé à cette restitution.

Résultats

Impact du projet

Incidence du choléra

L'objectif général de ce projet a été de contribuer à la réduction de l'**incidence** du choléra.

Une estimation de la réduction de l'incidence du choléra nécessiterait la mesure de l'incidence à différents moments du projet. Pour mesurer l'incidence du choléra il faudrait donc mener des enquêtes quantitatives au niveau des ménages au début et à la fin du projet. Etant donné l'état d'extrême urgence qui prévalait au début de l'épidémie de choléra à un moment où il fallait rapidement mettre en place toutes les structures pour prendre en charge les patients atteints de choléra, former les équipes de prise en charge médicale, les équipes préventives pour la prévention du choléra au niveau de la communauté afin de réduire la mortalité et prévenir la contagion, il n'était pas possible de mener d'enquête de base pour estimer l'incidence du choléra. Toutefois, nous avons des données sur le nombre de cas de choléra recensés dans les structures de prise en charge de Pérodin et Médor pendant toute la durée du projet. Le nombre de cas de

choléra recensés dans les structures de prise en charge a donc été utilisé comme indicateur **proxy** de l'incidence du choléra. Ces données quantitatives ont été croisées avec les données qualitatives sur la perception de la qualité et l'utilisation des services de prise en charge du choléra par la communauté. Il faut noter que le Ministère de la Santé Publique et de la population utilise le nombre de cas de choléra rapportés par les structures de prise en charge pour estimer l'incidence nationale du choléra. Il n'existe pas d'autres sources de données disponibles.

Le tableau 1 montre le nombre de cas de choléra recensés par l'UTC de Pérodin et de Médor pendant la période allant d'Octobre 2010 à Décembre 2012.

Table 1: Nombre de cas de Choléra rapportés par les structures d'accueil de Médor et de Pérodin, Octobre 2010-Décembre 2012

Période	# de cas de choléra Médor	# de cas de choléra Pérodin	Total cas (Pérodin et Médor)
Octobre 2010- Décembre 2010	147	93	240
Janvier 2011-Décembre 2011	719	762	1.481
Janvier 2012 - Septembre 2012	23	157	180
Total (Octobre 2010- Septembre 2012)	889	1.012	1.901
Octobre 2012-Décembre 2012	7	21	28
Total (Octobre 2010-Décembre 2012)	896	1.033	1.929

Comme le tableau 1 le montre, du début de l'épidémie en Octobre 2010 jusqu'en décembre 2012, les structures d'accueil de Médor et Pérodin ont rapporté 1.929 cas de choléra. Un total de 1.901 cas a été rapporté d'Octobre 2010 à septembre 2012 avec 53% des cas par l'UTC de Pérodin.

Le taux d'incidence cumulative du choléra dans les zones d'intervention (Pérodin et Médor) est d'environ 6%⁴ sur les deux ans de mise en œuvre du projet. Ce taux est comparable à l'incidence cumulative du choléra au niveau national qui est estimée à 6% à la fin de l'année 2012⁵. Il faut noter que l'incidence cumulative avoisine respectivement les 8%, 9% et 10% dans les départements de l'Artibonite, du Nord est du Centre.

Du début de l'épidémie au 31 décembre 2011, une moyenne de 115 cas a été rapportée par mois. Durant l'année 2012, un total de 208 cas de choléra a été rapporté soit une moyenne de 17 cas par mois sur les deux sections communales. Il est important de souligner qu'à Pérodin, 76 des 178 cas de choléra recensés en 2012 soit environ 43% des cas viennent des localités de Chenot.

La figure 2 décrit la courbe épidémiologique du choléra dans les zones d'intervention (Pérodin et Médor d'Octobre 2010 à Décembre 2012

⁴ Incidence cumulative = nombre total de cas sur la période/Population a risque qui est estimée a 30,000 sur Pérodin et Médor

⁵ MSPP Plan national d'éradication du Cholera 2013-2022

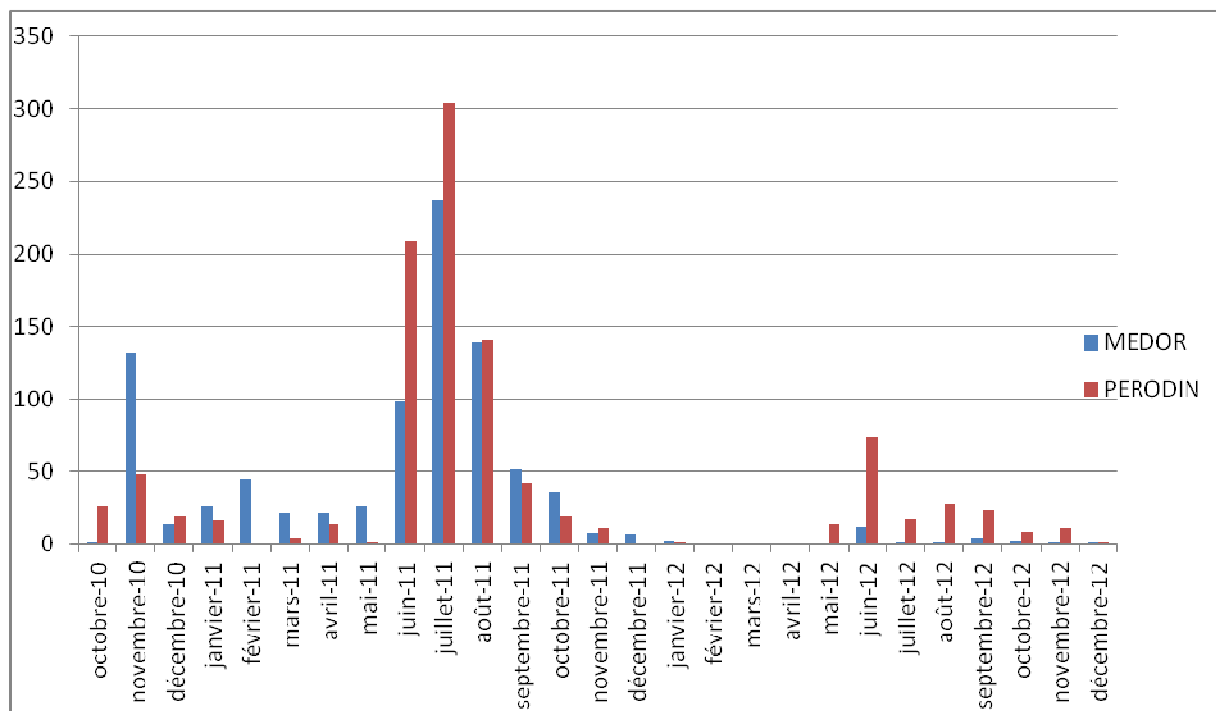


Figure 2 Courbe épidémiologique du choléra dans les sections rurales de Médor et de Pérodin d’Octobre 2010-Décembre 2012

La figure 2 montre plusieurs pics. Le premier pic est survenu au début de l’épidémie, en octobre-Novembre 2010, un deuxième pic de juin à Septembre 2011. Le troisième pic est survenu entre Juin et Septembre 2012. Les flambées de choléra sont saisonnières, elles coïncident avec les périodes de pluies intenses. En saison sèche, il y a eu très peu ou pas de cas de choléra. Il est important de rappeler que les flambées saisonnières sur les zones d’intervention suivent la tendance de l’épidémie au niveau national. Comme il a été mentionné plus haut l’incidence cumulative sur les zones de Pérodin et de Médor sur la durée du projet est inférieure à celle du département de l’Artibonite pendant la même période. Sur le temps, il y a eu une diminution du nombre de cas de choléra rapportés par les structures d’accueil de Médor et Pérodin. Les flambées deviennent de moins en moins intenses. La baisse du nombre de cas de choléra semble se confirmer, toutefois elle se réfère uniquement aux données rapportées par les UTC. Ce sont les seules données disponibles. Il faut noter que les données des UTC de Médor et de Pérodin ont été rapportées à l’UCS de Petite Rivière de l’Artibonite et intégrées dans la base de données nationale de surveillance du Choléra développée par le MSPP⁶.

Se basant sur ces données de service on peut conclure à une tendance à la baisse de l’incidence si les services ont été utilisés par les patients. Ces données de service ont été croisées avec les données qualitatives sur la perception de la qualité et l’utilisation des services de prise en charge du choléra. En effet, les rencontres avec les différentes parties prenantes incluant les agents de santé, les coordonateurs préventifs, les représentants des animatrices, les membres des comités de santé, des anciens patients, des leaders communautaires et les responsables de quelques ménages lors des visites domiciliaires ont permis de voir que la population utilise les services

⁶ <http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php>

offerts par les UTC en cas de suspicion de choléra. Au début de l'épidémie, la stigmatisation envers les personnes ayant ou ayant eu le choléra était très forte dans les communautés comme le témoignent certains malades que nous avons rencontrés lors de notre visite ; La stigmatisation a beaucoup diminué grâce au travail de sensibilisation et d'éducation qui a été mené par les équipes préventives et curatives. Toutes les familles que nous avons rencontrées ont déclaré qu'elles amèneraient leurs proches ayant les symptômes évocateurs du choléra à l'UTC. Certaines familles ont déclaré avoir des proches qui ont eu le choléra et ils ont été conduits à l'UTC.

L'autre fait témoignant d'une utilisation accrue des services des UTC est le nombre de cas de diarrhée aigue qui ne présentent pas les caractéristiques du choléra qui ont été vus à l'UTC de Pérodin en 2012. A Pérodin, il y a eu 8 cas de diarrhée aigue qui ne présentaient pas les caractéristiques du choléra qui ont été vus à l'UTC.

Sur le temps, il y a eu une diminution de l'incidence du choléra sur les zones d'intervention (Médor et Pérodin). Les flambées sont saisonnières et deviennent de moins en moins intenses.

Décès évités

Le choléra est une pathologie sévère rapidement évolutive dont le pronostic vital dépend de la rapidité de la prise en charge. Sans aucune intervention la létalité due au choléra peut atteindre 50%⁷. D'octobre 2010 à Septembre 2012, un total de 1,901 cas a été rapporté par les UTC de Pérodin et de Médor. En appliquant un taux de létalité de 50%, environ 950 personnes seraient décédées du choléra en absence d'intervention. On a enregistré 96 décès. **Plus de 850 décès ont donc été évités grâce aux activités de prise en charge du choléra.** Ce chiffre ne prend pas en compte l'impact des activités préventives menées par les équipes préventives formées par les coordonateurs préventifs, les agents de santé, les animatrices et les membres des comités de santé aussi bien que la contribution du programme Eau, Hygiène et Assainissement d'Inter Aide sur les zones d'intervention. Ces activités de prévention et de sensibilisation ont permis d'améliorer les comportements en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement ce qui a contribué à réduire l'incidence du choléra et par conséquent le nombre de décès dus au choléra.

Efficacité du projet

L'efficacité du projet se mesure par le degré d'atteinte des objectifs. Le projet a eu deux grands volets : la prise en charge et la prévention du choléra. L'évaluation s'est concentrée sur ces deux volets en utilisant les données de suivi collectées par le projet et des entretiens réalisés avec les différentes parties prenantes ainsi que les observations faites au cours des visites domiciliaires.

Le choléra est une infection entérique aiguë provoquée par l'ingestion du bacille *Vibrio cholerae* lors d'une contamination fécale des aliments ou de l'eau. La maladie est liée avant tout à un accès insuffisant à une eau salubre et un assainissement adéquat⁸.

Les conditions qui favorisent la survenue d'une épidémie de choléra sont multiples. La figure 3 représente la chaîne de transmission du *Vibrio cholerae* entre un environnement souillé par les matières fécales et l'homme⁹

⁷ MSPP Plan national d'éradication du Cholera 2013-2022

⁸ Politique et recommandations de l'OMS concernant les flambées de choléra: prévention et lutte
<http://www.who.int/topics/cholera/control/fr/index4.html>

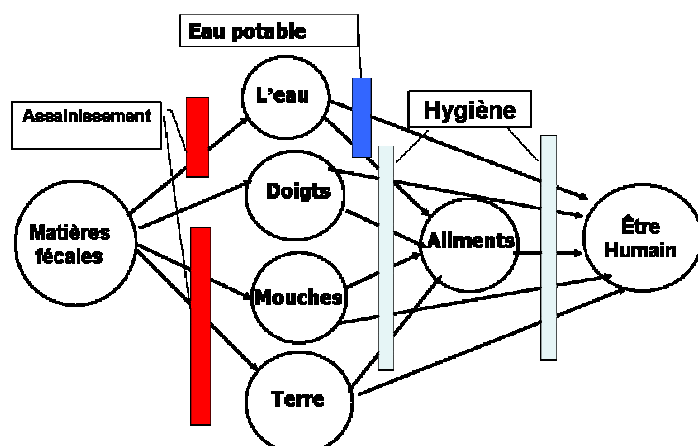


Figure 3: Chaîne de transmission du vibrio cholerae

Tirée du diagramme F en Anglais de Winblad U. & Dubley E. 1997

Pour rompre cette chaîne de transmission, il est important d'avoir une réponse multidisciplinaire qui adresse la complexité et l'interconnexion des facteurs.

Selon l'OMS, Les principaux instruments de la lutte anticholérique sont:

1. une prise en charge adéquate et rapide des cas dans des centres de traitement du choléra;
2. une formation spécifique à la bonne prise en charge des cas, couvrant aussi la prévention des infections nosocomiales;
3. le stockage préalable de fournitures médicales en quantités suffisantes à l'endroit voulu pour la prise en charge des cas (par exemple des kits pour les maladies diarrhéiques);
4. un meilleur accès à l'eau, à des moyens d'assainissement adéquats, à une bonne évacuation des déchets et à la lutte anti vectorielle;
5. une amélioration de l'hygiène et des pratiques de sécurité sanitaire des aliments;
6. une amélioration de la communication et de l'information¹⁰.

Prise en charge du choléra à Médor et Pérodin

Pour assurer une prise en charge adéquate des patients atteints de choléra et prévenir la contamination, les équipes de soins de Pérodin et de Médor constituées actuellement de 2 infirmières et 10 auxiliaires, des gardiens et ménagères des UTC ont reçu une formation appropriée. En plus de sept auxiliaires travaillant habituellement (trois à Pérodin et quatre à Médor), trois auxiliaires (deux à Pérodin et une à Médor) ont été embauchées en renfort pour assurer la prise en charge des patients en 2011. Deux infirmières ont été embauchées en avril-mai 2011 par les plateformes communautaires dans le cadre d'un retrait progressif d'Inter Aide et une responsabilisation plus forte de ces Plateformes dans la gestion du programme Santé.

⁹ UNICEF/OMS LUTTE CONTRE LE CHOLERA ET LES MALADIES DIARRHEIQUES EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE Vers une stratégie intégrée de réduction des risques

¹⁰ Politique et recommandations de l'OMS concernant les flambées de choléra: prévention et lutte <http://www.who.int/topics/cholera/control/fr/index4.html>

L'infirmière de Médor est la coordonatrice de l'UTC, tandis que l'infirmière de Pérodin a délégué la gestion directe de l'UTC à une auxiliaire.

Au début de l'épidémie, les auxiliaires ont été formés par la Responsable de Programme Santé d'Inter Aide avec le support de MSF.

La première formation a inclut les points suivants :

- Protocoles de désinfection (concentration du chlore en fonction de la tâche réalisée, points de lavage des mains, contrôle à l'entrée et la sortie)
- Gestion des accompagnants pour éviter la transmission de la maladie
- Diagnostic : les différents signes de déshydratation et les niveaux de déshydratation
- Traitement en fonction du degré de déshydratation et de l'âge de la personne (réhydratation par perfusion et/ou voie orale, administration d'antibiotiques)

Une deuxième formation en 2011 a inclus les mêmes thèmes et les complications liées au traitement (hyperhydratation, la gestion des stocks). En septembre 2012, les responsables des UTC ont aussi reçu une formation de deux jours assurée par CRF à l'hôpital Albert-Schweitzer - Haïti de Deschapelles, dont le contenu portait sur la prise en charge du choléra et l'utilisation du chlore.

Les auxiliaires / infirmières ont assuré la formation des gardiens et ménagères des UTC sur les mesures d'hygiène à appliquer dans les UTC pour éviter la propagation du choléra à partir des patients cholériques.

- Protocole d'entrée et de sortie de l'espace réservé à l'UTC,
- Préparation du chlore liquide pour le *flitage* le ménage et le lavage des mains,
- Utilisation et l'entretien d'un pulvérisateur pour le *flitage*
- Nettoyage et la désinfection de l'UTC et des équipements

Des recommandations ont été faites concernant les pratiques funéraires (assemblées de personnes assistant à des obsèques, toilette rituelle du cadavre ou cérémonies funéraires)

Un protocole d'accueil a été mis en place pour la gestion des patients aux UTC. Ce protocole met en relief les grandes lignes pour une prise en charge et une prévention de la contamination.

Des schémas opérationnels illustrant la bonne prise en charge des cas de choléra sont utilisés par les prestataires de soins. Des informations sur la façon d'évaluer le niveau de déshydratation et sur le protocole de traitement à appliquer en fonction de l'état du malade sont maîtrisées par les équipes de soins. Tout le personnel de soins y compris les gardiens connaît les mesures d'hygiène à appliquer pour éviter la contamination (lavage des mains, flitage et port de gants, disposition des excréta ainsi que la préparation des cadavres pour éviter la contamination). Les patients atteints de choléra sont isolés des autres malades et utilisent une latrine différente de celle utilisée par les accompagnateurs ou le personnel aux UTC de Pérodin et de Médor.

La figure 4 montre le protocole d'accueil des malades aux UTC.

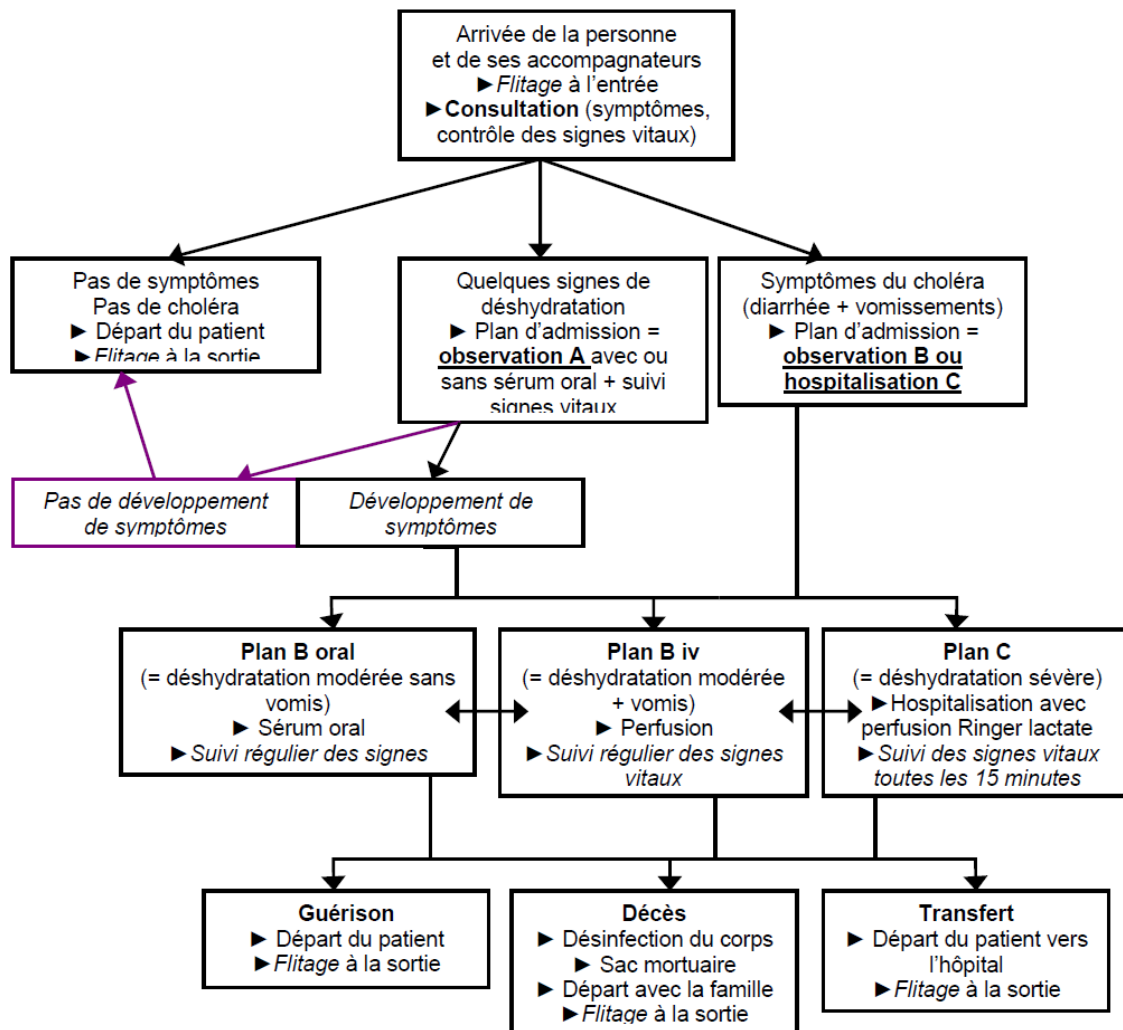


Figure 4: Protocole d'accueil des maladies aux UTC de Médor et de Pérodin

Létalité

Selon l'OMS¹¹, un taux de **létalité** supérieur à 1% est généralement considéré comme élevé mais, dans les zones rurales où l'accès aux soins de santé est très réduit, ce taux peut être supérieur (parfois plus de 20%). Si le taux de létalité dépasse 5%, une enquête s'impose et des mesures appropriées devront être mises en œuvre. Un taux de létalité élevé peut également être dû à des biais (p. ex. sous-estimation du nombre des cas, comptabilisation de décès dus à d'autres causes) ou à une mauvaise prise en charge des cas.

¹¹ OMS (2004) FLAMBÉES DE CHOLÉRA ÉVALUATION DES MESURES MISES EN ŒUVRE EN CAS DE FLAMBÉE ET AMÉLIORATION DE LA PRÉPARATION

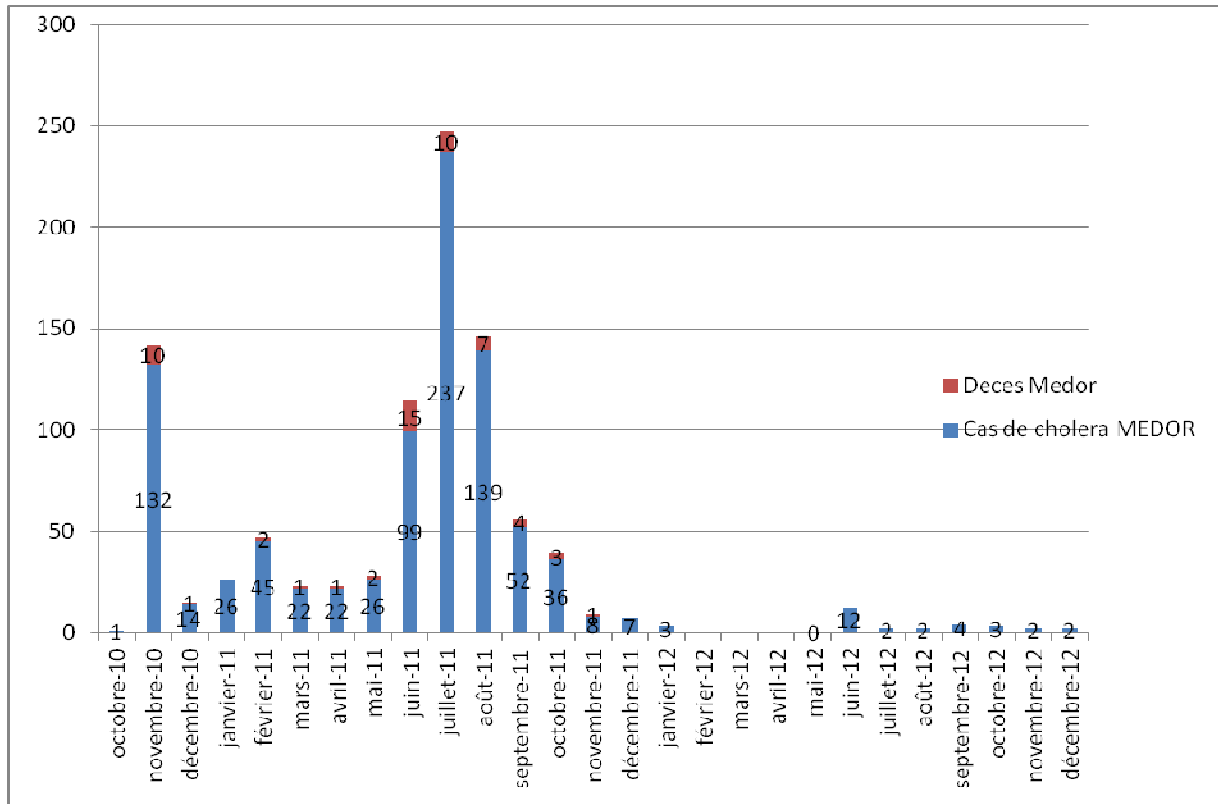


Figure 5: Courbe d'évolution mensuelle du nombre de cas et de la létalité du choléra à Médor, Octobre 2010-Décembre 2012

Un total de 57 décès a été rapporté par l'UTC de Médor. De ces 57 décès, 15 sont survenus à domicile. A Médor, la létalité institutionnelle est estimée à 4,8 % (42/881) d'octobre 2010 à décembre 2012. Comme l'indique la figure 4, le taux de létalité a progressivement diminué avec le temps. En 2012, il n'y a pas eu de décès sur 29 patients reçus à l'UTC de Médor.

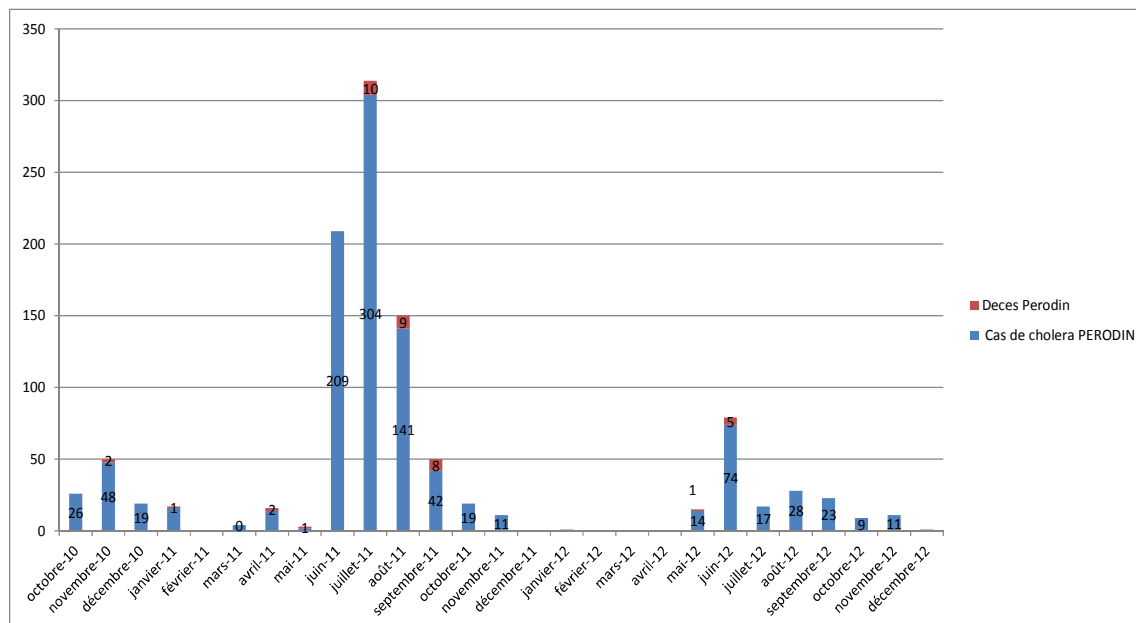


Figure 6: Courbe d'évolution mensuelle du nombre de cas et de la létalité du choléra à Pérodin, Octobre 2010-Décembre 2012

A Pérodin, Il y a eu 39 décès sur 1.033 cas de choléra ce qui équivaut à un taux de létalité de 3.8%. Malheureusement, lors de notre visite à Chenot, nous n'avons pas pu avoir accès aux données de prise en charge du choléra pour la période allant d'Octobre 2010 à Décembre 2012. Toutefois, nous avons vu le registre de cas pour la période allant de Juin à Décembre 2012. Pendant cette période, l'UTC de Chenot a reçu 52 cas de choléra. De ces 52 cas, il y a eu 6 décès ce qui fait un taux de létalité de 11.5%. Pour cette même période, à Pérodin 6 sur 163 cas admis il y a eu 6 décès soit un taux de létalité de 3.7% et il y a eu 0 décès sur 27 cas admis à Médor durant la même période. Le taux de létalité est trois fois plus élevé à Chenot qu'à Pérodin. Cette différence pourrait s'expliquer non seulement par la qualité de la prise en charge médicale mais également par une plus grande sensibilisation de la communauté quand aux gestes à poser (prise de SRO et visite à l'UTC) en cas de suspicion de choléra.

A Chenot, il y a eu une rotation du personnel de santé depuis le début de l'épidémie. Ce qui probablement a eu un impact négatif sur la formation du personnel et sur la qualité des soins.

Au cours de l'année 2012, le taux de létalité à l'UTC de Pérodin est de $6/179 = 3.3\%$. Notons que $4/76 (5.2\%)$ des patients venus des localités de Chenot sont décédés comparé à $2/102 (2\%)$ patients venus des localités de Pérodin. Ceci témoigne d'une combinaison de facteurs (non seulement la qualité de la prise en charge médicale mais aussi la sensibilisation quant à l'importance de la prise de SRO et la nécessité d'amener le patient rapidement à l'UTC pourraient expliquer un taux de létalité plus élevé à Chenot).

Le taux de létalité a diminué avec le temps ce qui témoigne d'une amélioration de la qualité de la prise en charge dans les UTC de Pérodin et de Médor qui est due à l'amélioration des connaissances du personnel soignant et une plus grande sensibilisation de la population. Tout ceci doit être analysé en ayant à l'esprit les conditions d'accessibilité aux services de santé dans les Cahos. Le centre de santé public le plus proche est situé à Petite-Rivière de l'Artibonite (soit à 8 heures de marche du Haut Cahos). Avec le support d'Inter Aide à Pérodin et Médor, deux

dispensaires communautaires ont été ouverts au début des années 1980 ce qui a permis aux 30,000 personnes de ces zones d'avoir accès à certains services de base comme la vaccination, le suivi-promotion de la croissance, les consultations prénatales, et un volet préventif couvrant l'hygiène et la prévention et prise en charge de la diarrhée. Même avec un rapprochement des services, certaines localités dépendant de Pérodin et de Médor sont très éloignées et il faut mettre 4 à 5 heures de marche pour atteindre le dispensaire ou l'UTC.

Prévention

Les équipes de terrain composées des coordonateurs préventifs de Pérodin et de Médor, des agents de santé (ADS) des dispensaires de Pérodin et de Médor (9 ADS dans chaque zone jusqu'en Juillet 2012 et 11 ADS dans chaque zone depuis Juillet 2012) ainsi que les deux coordonateurs et les animateurs du programme Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) d'Inter Aide (4 sur la zone de Médor et 6 sur celle de Pérodin) ont été formées.

Les formations des équipes de terrain ont eu lieu au début de l'année 2011 par Médecins sans frontières – Belgique (MSF) et par la RP d'Inter Aide. Ces sessions de formation ont porté sur :

- la spécificité du choléra en tant qu'épidémie ;
- les protocoles d'intervention pour la désinfection des maisons (pulvérisation d'eau chlorée, nettoyage des draps et habits, vaisselle...) ;
- les dosages de dilution du HTH pour la fabrication de chlore concentré.

Au cours des réunions mensuelles, les coordonateurs préventifs de Pérodin et de Médor ont poursuivi la formation des ADS sur la prévention du choléra incluant les bonnes pratiques d'hygiène notamment , le lavage des mains, le stockage et le traitement de l'eau, les risques de transmission du choléra lors des funérailles des personnes décédées du choléra ainsi que les pratiques funéraires recommandées en cas de décès de choléra et la prise en charge des cas non sévères de choléra, l'importance de prendre le SRO et de venir immédiatement à l'UTC pour une prise en charge appropriée en cas de symptômes évocateurs de choléra.

Ces ADS, avec le support des coordonateurs préventifs de Médor et de Pérodin, ont à leur tour procédé à la formation des animatrices de comités de santé et de leurs membres dans la communauté. Les Comités santé (CS) sont des relais qui permettent de diffuser les messages de prévention auprès de la population. Ils ont été mis en place par le programme de Santé communautaire depuis plus de vingt ans mis en œuvre par Inter Aide sur Médor et Pérodin.

Actuellement, il y a 65 CS à Pérodin parmi lesquels une cinquantaine est active. Il y a 84 CS à Médor parmi lesquels 70 sont actifs. A travers les comités santé environ 2,000 mères ont été atteintes directement par les activités de prévention. Ce qui a permis d'améliorer leur connaissance en matière d'hygiène et de prévention du choléra. Ces mères réparties sur 120 localités ont participé à la vulgarisation des messages de prévention du choléra et la sensibilisation de leurs pairs pour l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène.

Au début de l'épidémie, les ADS et les coordonateurs préventifs ont couvert toutes les localités des deux sections communales de Pérodin et Médor et sensibilisé la population à travers des réunions communautaires sur les pratiques d'hygiène à appliquer pour se protéger contre le choléra comme le lavage des mains dans les moments clés comme avant les repas, après la défécation, le traitement de l'eau de boisson et les gestes à faire en cas de suspicion du choléra comme la prise du SRO et l'importance de conduire rapidement le patient à l'UTC. Quoique

nous n'ayons pas pu trouver de chiffres exacts concernant le nombre de familles touchées par ces sensibilisations, les entretiens avec les membres de la communauté et certains leaders ont montré que les activités de sensibilisation étaient très intensives. Les sensibilisations par les animateurs EHA, les ADS, les animatrices et membres de CS ont permis aux messages sur les bons comportements d'hygiène d'atteindre l'ensemble des familles sur les zones de Pérodin et Médor ce qui a entraîné une amélioration des connaissances en la matière et un certain degré de changement de comportement, condition essentielle pour une réduction de l'incidence du choléra. De plus, les équipes préventives ont collaboré avec les prestataires de soins des UTC pour identifier les localités avec le plus grand nombre de cas pour des actions ciblées de prévention et de décontamination des maisons. C'est ainsi que le coordonateur préventif de Pérodin ainsi que les ADS ont eu à entreprendre des activités de décontamination des maisons et dans une localité de la 6eme section communale de Lacroix dépendant de Chenot qui se trouve en dehors de la zone de Pérodin.

De plus, dans le cadre du programme EHA mis en œuvre par Inter Aide sur les zones de Médor et Pérodin durant les animations PHAST, 1.850 familles ont été touchées entre janvier 2011 et septembre 2012, soit près de 9. 200 personnes ont été sensibilisées aux routes de transmission des maladies féco-orales comme le choléra et ont été informées des bons comportements d'hygiène (lavage des mains aux moments clés, usage d'une latrine et consommation d'une eau traitée) à travers les animations PHAST (acronyme de l'anglais *Participatory Hygiene and Sanitation Transformation* en français, Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement) qui consiste en une méthode participative pour la transformation de l'hygiène et de l'assainissement.

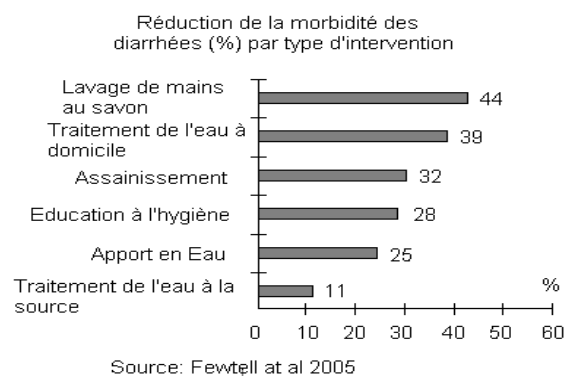
Les activités pour la transformation de l'hygiène et de l'assainissement dans les écoles n'ont pas pu démarrer avant octobre 2012. Etant donné que l'approche d'Inter Aide mise beaucoup sur un engagement préalable des communautés pour garantir la pérennité des activités il a fallu préparer le terrain avant d'intervenir dans les écoles. Dans le cadre du programme EHA d'Inter Aide, financé par l'UNICEF, un cycle d'appui aux équipes éducatives a démarré en octobre 2012, pour mettre en place des animations de sensibilisation des élèves du primaire et des constructions de latrines scolaires dans dix écoles de Pérodin et huit de Médor.

Approvisionnement/Traitement de l'eau de boisson

L'eau contaminée par le vibrio cholerae constitue une des principales voies de transmission du choléra. Il importe donc d'avoir une eau sûre potable pour rompre cette chaîne de transmission.

Le mode d'approvisionnement de l'eau de boisson dans les Cahos est à partir des sources qui peuvent être protégées ou pas.

Comme le montre ce graphe, le traitement de l'eau à domicile permet de réduire de 39% la morbidité liée à la diarrhée. C'est donc une intervention qui a prouvé son efficacité. Parmi les méthodes de traitement de l'eau de



boisson à domicile la chloration semble être la méthode la plus adaptée au contexte des Cahos étant donné qu'elle est n'est pas chère et rapide. Cette méthode a été préconisée par Inter Aide depuis des années sur les deux zones de Pérodin et Médor dans le cadre de la prévention des maladies diarrhéiques. Le chlore était rendu disponible à travers les animatrices bénévoles des Comités Santé, des particuliers volontaires.

La stratégie d'Inter Aide a initialement été de subventionner le chlore de telle sorte que les dispensaires puissent constituer leur stock de chlore, puis l'acheter de façon autonome et le revendre à travers les postes de chlore animés par des animatrices ou membres des comités santé ou des leaders communautaires.

Avec les distributions massives de chlore et des comprimés d'Aquatabs par l'UCS et d'autres organisations à travers les leaders communautaires, la population s'est habituée à recevoir le chlore ou l'Aquatab gratuitement. A la fin de Juin 2011, un total de 73 des 130 localités sur les zones de Pérodin et de Médor avaient accès à un poste de vente de chlore. Actuellement, il y a 7 postes de vente de chlore actifs sur la zone de Pérodin qui ont acheté du chlore liquide du dispensaire il y a quelques mois et arrivent à vendre au détail mais de façon réduite. Les autres postes ont dû fermer puisqu'ils ne peuvent plus acheter le chlore du dispensaire car la population ne veut pas en acheter maintenant. En conséquence, les dispensaires ne peuvent pas renouveler leur stock de chlore liquide.

Au début de 2013, en saison sèche, il n'y a plus de distributions gratuites de chlore car il n'y a pas de cas de choléra. Certaines familles de Pérodin et de Médor ont des comprimés d'Aquatab ou du chlore qui ont été distribués il y a quelques mois. Dans les marchés publics on n'en vend presque pas. Selon quelques membres de CS de Pérodin, parfois on trouve des comprimés d'Aquatab sur le marché qui couleraient 2.50 HTG Ce comprimé sert à traiter 5 gallons d'eau. Ce prix est nettement plus élevé que celle du chlore liquide qui coûte moins de 0,20 HTG pour traiter 5 gallons d'eau.

A côté du coût nettement plus élevé de l'Aquatab rendant son utilisation /adoption moins soutenable, la disponibilité des comprimés de différents dosages complique la situation étant donné que la majorité des gens ne savent pas lire. Au cours des visites domiciliaires plusieurs familles avaient des comprimés d'Aquatab à la maison mais dans la majorité des cas le produit n'était pas utilisé correctement. Par exemple un comprimé destiné à traiter un gallon était utilisé pour traiter 5 gallons.

La dernière enquête EHA qui a été conduite par Inter Aide sur les zones de Médor et Pérodin en Aout 2012 a montré que 69% des familles dans les localités touchées par le programme EHA ont déclaré avoir traité leur eau de boisson le jour de l'enquête et avaient le chlore à la maison au moment de l'enquête contre 46% des familles dans les localités non touchées par le programme EHA. Comme le montre la figure 7, Il ya eu une nette augmentation du nombre de ménages qui traitent l'eau de boisson comparativement aux données de 2007 où seulement 15% des familles traitaient l'eau de boisson. Il faut noter que les enquêteurs ont vérifié la présence du chlore dans la maison au moment de l'enquête.

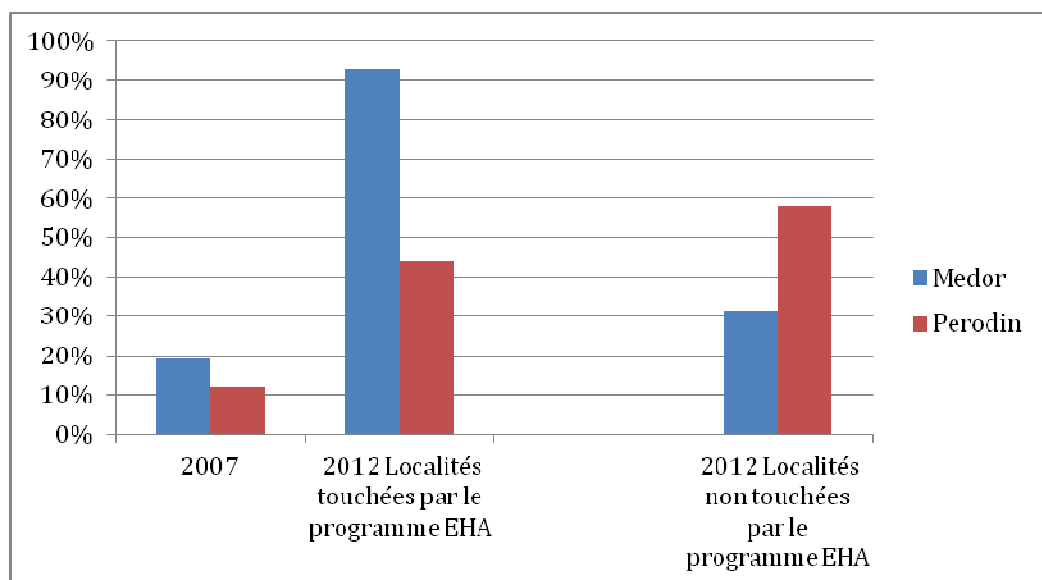


Figure 7: Ménages ayant traité l'eau de boisson a Médor et Pérodin, Enquêtes EHA

Tout en maintenant une action combinée, les actions prioritaires en terme d'impact sur la réduction des diarrhées et de coût /efficacité, sont l'amélioration de l'hygiène (y compris le lavage de mains) et la gestion de l'eau à domicile. Le lavage des mains participe à prévenir la transmission manu portée de germes responsables de maladies infectieuses telles le choléra et permet la réduction de plus de 40% des cas de diarrhée.

Le lavage des mains nécessite de l'eau et du savon. Durant toutes nos visites domiciliaires les responsables de ménages ont précisé qu'il est nécessaire de se laver les mains avec de l'eau et du savon dans des moments critiques comme avant de préparer la nourriture, après la défécation. Personne n'a spontanément indiqué qu'il fallait se laver les mains après avoir nettoyé un bébé. C'est un comportement qui n'est pas spécifique aux Cahos mais se retrouve un peu partout à travers le monde. Il faudra insister sur cet aspect auprès des mères au cours des activités de sensibilisation. Durant les visites domiciliaires à Médor et Pérodin, toutes les familles ont déclaré utiliser de l'eau et du savon pour se laver les mains. Pourtant certaines d'entre elles (2/7) n'avaient pas de savon au moment de la visite et quand on leur a demandé avec quoi ils se sont lavés les mains la dernière fois, ils ont indiqué avec de l'eau seulement. Aucun ménage n'a indiqué l'utilisation des cendres de bois pour le lavage des mains.

La majorité des ménages visités sur les trois zones ne disposait pas de dispositif de lavage des mains à proximité des latrines. Un seul des sept ménages visités et ayant une latrine à Pérodin et Médor avait un dispositif de lavage des mains à proximité de la latrine.

Selon les résultats de l'enquête EHA menée sur les zones de Pérodin et Médor durant la saison sèche et la saison pluvieuse en 2012, une moyenne de 96% des ménages dans les localités touchées par le programme EHA menée par Inter Aide dans les Cahos depuis 2007 déclarent se laver les mains avant de manger et 95% après la défécation. Cependant, une plus faible proportion sait qu'il faut se laver les mains après avoir nettoyé un bébé (après les selles).

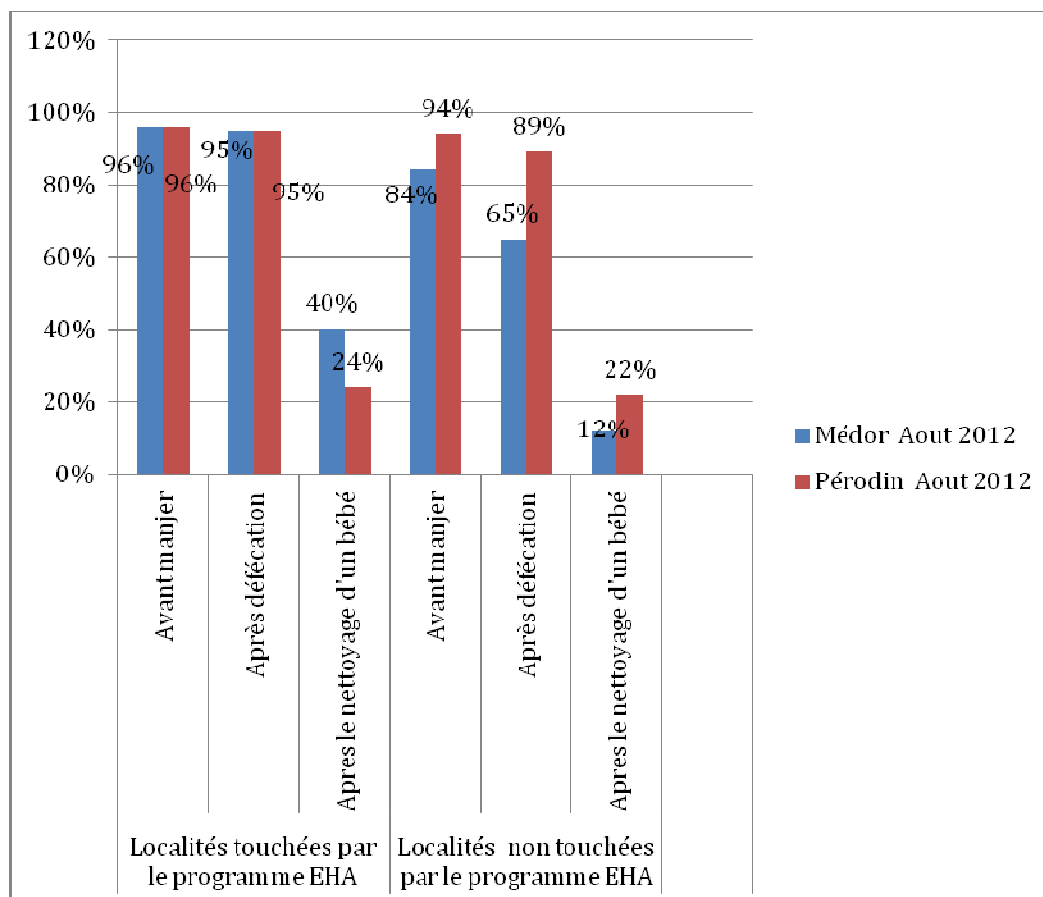


Figure 8: Ménages se lavant les mains dans les moments clés s Médor et Pérodin selon que la localité a été touchée ou non par le programme EHA.

Comme nous pouvons le voir sur la figure 8, une grande majorité des ménages vivant dans les zones touchées par le programme EHA déclare se laver les mains avant les repas et après la défécation. Dans les localités non encore touchées par le programme EHA, un pourcentage élevé quoique légèrement inférieur au pourcentage dans les zones touchées déclarent se laver les mains avant les repas et après la défécation. Toutes les localités ont été touchées par des activités de sensibilisation menées dans le cadre du projet de lutte contre le choléra par le programme santé. Ceci peut expliquer une connaissance des bonnes pratiques d'hygiène. Cependant, les localités touchées par le programme EHA ont eu une autre sensibilisation par le programme EHA en termes de pratiques d'hygiène. Ce qui a contribué à renforcer les bonnes pratiques d'hygiène.

Les résultats des enquêtes EHA menées en 2012 sur les zones de Médor et Pérodin montrent que 95% des familles dans les localités touchées par le programme EHA et 78% des familles dans les localités non touchées par le programme EHA de Pérodin et de Médor déclarent avoir utilisé le savon ou des cendres de bois pour se laver les mains. Vingt deux pourcent des ménages dans les localités non touchées et 5% dans les localités touchées par le programme EHA déclarent avoir utilisé l'eau seulement pour se laver les mains.

Les résultats concernant l'utilisation du savon ou des cendres ont été présentés de façon agrégée ce qui n'a pas permis d'estimer le pourcentage de personnes sachant que les cendres peuvent être utilisés pour le lavage des mains si le savon n'est pas disponible.

Utilisation et Disponibilité du SRO à Médor et Pérodin

Le choléra se manifeste par une diarrhée aigue et parfois des vomissements entraînant des pertes énormes de liquides pouvant aboutir à la déshydratation et au décès du patient en quelques heures. La prise rapide des sels de réhydratation orale (SRO) dès les premières selles liquides constitue un geste qui peut sauver la vie de 80% des patients. Dans les Cahos, où l'accès au dispensaire est parfois très difficile nécessitant 3-4 heures de marche, l'utilisation du SRO à la maison et en cours de route vers l'UTC est encore plus importante en cas de choléra.

Quoiqu'il n'y ait pas de données quantitatives sur l'utilisation du SRO en cas de choléra dans les Cahos, au cours des visites domiciliaires réalisées dans le cadre de cette évaluation nous avons pu constater que la majorité des familles savaient qu'il fallait donner rapidement du SRO à une personne présentant les symptômes évocateurs du choléra.

Certaines familles ont des sachets de SRO à domicile. D'autres ont précisé qu'elles se le procureraient auprès de l'agent de santé ou l'animatrice en cas de besoin. Concernant la préparation du SRO, la majorité des familles visitées savaient comment préparer le SRO industriel. Une seule personne des 7 personnes interviewées à Pérodin et Médor, ne savaient pas comment préparer le SRO industriel. Cependant, la composition du SRO maison utilisant de l'eau, du sucre et du sel semble être moins connue des familles. Sur sept familles visitées à Médor et Pérodin, une seule pouvait décrire correctement la composition du SRO maison.

En termes de disponibilité, il existe actuellement 7 postes fixes de distribution du SRO sur la zone de Pérodin et 12 postes fixes de SRO sur la zone de Médor. De plus, les ADS et les animatrices de CS ont du SRO disponibles chez eux ce qui rend le SRO disponible gratuitement sur l'ensemble des deux zones de Pérodin et Médor.

Activités sur la zone de Chenot

Dans le cadre du projet de lutte contre le choléra financé par Secours Catholique dans les Cahos, un volet EHA a été mis en œuvre à Chenot. Initialement, il était envisagé de poursuivre les activités à Chenot afin de continuer à répondre aux multiples demandes d'appui exprimées par les familles de la zone. Au début de Juin 2012, Inter-Aide avait sollicité un prolongement du partenariat pour 24 mois supplémentaires afin de poursuivre ce projet d'amélioration durable de l'hygiène, d'assainissement et d'accès à l'eau potable sur la zone de Chenot. Mais les activités de Chenot se sont brutalement interrompues à partir du 1er juillet 2012 suite à un incident de sécurité qui a touché la Responsable du programme EHA et son conjoint en poste sur la zone. Dans la nuit du 29 au 30 juin 2012, des bandits armés ont attaqué la maison d'Inter Aide à Chenot, tirant à plusieurs reprises sur les murs et à travers les volets de la maison. N'ayant aucune emprise sur de tels facteurs externes, et une intervention depuis une autre zone n'étant pas envisageable, Inter Aide a fait le choix de mettre fin à ses activités à Chenot, et en a informé le Secours Catholique en juillet 2012.

La mise en œuvre sur la zone de Chenot a débuté à la fin de l'année 2011 par la formation des animateurs qui sont des leaders résidents de Chenot. En effet, 8 animateurs EHA couvrant 8 localités ont été formés utilisant la méthode PHAST.¹² Peu après, les activités de terrain ont débuté. Les enquêtes domiciliaires de base ont été conduites en décembre 2011, après le recrutement et la formation des huit animateurs. Elles visaient à établir un profil détaillé des localités de la zone de programme.

Les localités ont été choisies en priorité en fonction de trois critères :

- l'ordre chronologique de la réception d'une lettre de demande
- la proximité avec le lieu de résidence des différents animateurs,
- Pour certaines localités le fait d'être limitrophes avec Pérodin et permettre ainsi une continuité de la couverture latrinale.

Mille quarante cinq ménages ont été recensés et enquêtés. Cette enquête a montré la très faible couverture initiale en latrines : moins de 3% des foyers possédaient une latrine avant le démarrage des activités. Les animations PHAST ont débuté en Janvier 2012 pour brusquement s'arrêter à la fin de Juin 2012 suite à l'attaque perpétrée contre les représentants d'Inter Aide dans la zone. Durant cette période, la couverture latrinale dans ces localités est passée de 3% à environ 44% grâce aux 460 latrines familiales construites. Toutefois, les autres localités de Chenot ont une faible couverture latrinale.

La majorité des résidents de Chenot utilisent l'eau des sources non protégées.

Ci-dessous c'est la photo d'une femme en train de creuser une source au bord de la route dans une localité de Chenot. Elle a dit qu'elle allait mettre des pierres pour « protéger » la source et que l'eau qui est trouble serait claire et propre à la consommation le lendemain. Cette femme



n'avait pas l'intention de traiter l'eau de cette source. C'est ce comportement qui justifie les interventions pour l'amélioration de l'accès à l'eau. De plus, cette femme que nous avons rencontrée fortuitement sur notre passage se plaignait du fait qu'elle n'avait pas eu le temps d'avoir une latrine dans le cadre du projet EHA. Elle voulait avoir une latrine parce qu'elle savait

¹² Wood S, Sawyer R, Simpson Hebert, M-Manuel progressif PHAST: Approche participative pour la lutte contre les maladies diarrhéiques, Genève, Organisation Mondiale de la Santé

que des gens vivant dans la localité avoisinante ont eu une latrine à travers le projet EHA. Du fait de l'arrêt brusque du projet sur la zone de Chenot, la majorité des localités de Chenot n'ont pas été touchées par les activités.

Des entretiens lors des visites domiciliaires sur les deux localités de Chenot a permis de voir que la majorité (9 des 10 personnes interviewées) dans 2 des 8 localités touchées par les activités EHA savaient qu'il faut traiter l'eau de boisson, se laver les mains dans les moments clés comme avant de manger, après la défécation. Cependant, cette connaissance n'était pas souvent mise en pratique. En effet, la majorité des personnes rencontrées à Chenot (8/10) n'avaient pas de quoi traiter l'eau de boisson à la maison le jour de la visite. Trois des 10 personnes interviewées à Chenot ont indiqué que le citron est une alternative pour traiter l'eau quand le chlore n'est pas disponible. Il est important de rappeler que l'utilisation du citron dans le traitement de l'eau de boisson a été citée dans la littérature mais son efficacité n'a pas été prouvée. Toutes les familles visitées ont participé à des séances de sensibilisation. Trois des 10 ménages n'ont pas eu leur latrine mais ont suivi quelques réunions.

Concernant les postes de diffusion de chlore, il y aurait eu 20 postes de distribution de chlore et de SRO sur la zone de Chenot pendant les flambées de choléra. Ces postes ont été mis sur pied par le dispensaire de Chenot avec le support d'ODTPKA. Actuellement, le chlore n'est pas disponible dans ces postes étant donné qu'il n'y a plus de dons.

Transfert de compétences et renforcement des capacités des équipes pour une mise en pratique autonome

Quand l'épidémie de choléra est apparue en 2010, Inter-Aide était en plein dans un processus de désengagement sur le projet de santé communautaire après près de trente ans d'appui aux programmes santé de Médor et Pérodin. Les enjeux de ces dernières années ont été de pérenniser les bons résultats en renforçant l'implication et les capacités des acteurs communautaires, tout en continuant à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. Malgré ce processus de désengagement, Inter Aide a dû intervenir directement en appui aux acteurs locaux pour mettre en œuvre des activités de prise en charge et de prévention du choléra vu l'ampleur de cette épidémie qui nécessitait des interventions spécifiques et étant donné que le choléra était une maladie nouvelle pour tous les acteurs locaux.

Dans le cadre de cette autonomie progressive, en avril 2011 la dernière RP d'Inter Aide, médecin spécialiste en médecine tropicale a été remplacée par une chargée d'appui. Cette chargée d'appui a eu comme mission d'assurer la transition en renforçant les capacités de gestion administrative et financière, de planification, d'organisation, d'analyse, et de suivi des activités des différents acteurs locaux.

A partir de 2013, le rôle des instances de Pérodin et de Médor dans les programmes de santé communautaire peut être décrit par la figure 9. Les activités liées au choléra sont intégrés dans les programmes de santé communautaire.

ORGANIGRAMME

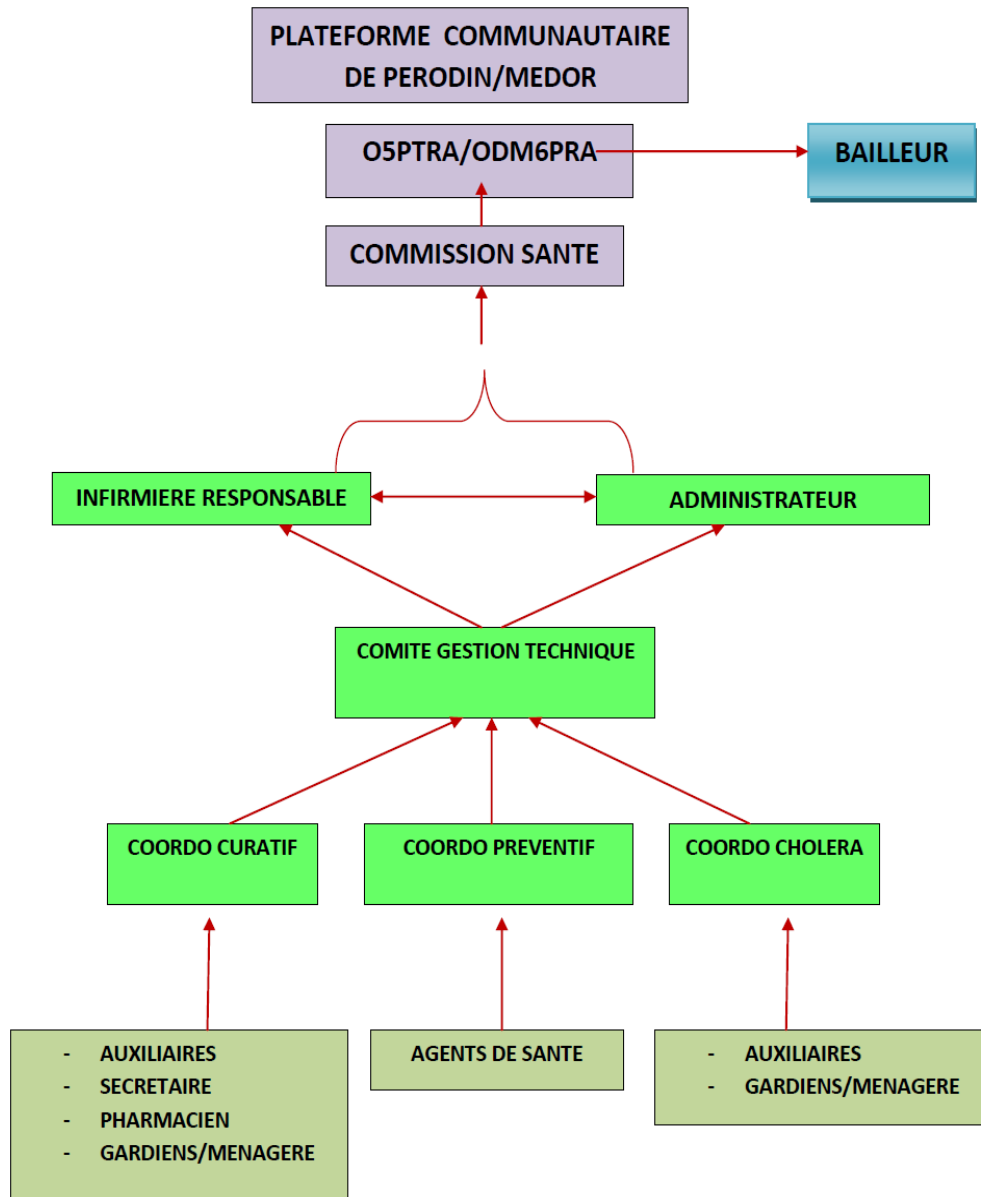


Figure 9: Rôle des instances de Pérodin et de Médor dans le programme de Santé communautaire

Autonomie des institutions pour la prévention et la prise en charge du choléra

Comme nous l'avons vu plus haut, les équipes de soins des UTC de Médor et de Pérodin allant des infirmières, auxiliaires jusqu'aux gardiens et ménagères ont les compétences techniques pour assurer la continuité de la prise en charge du choléra et la prévention de la contamination nosocomiale. Deux infirmières ont été embauchées en avril-mai 2011 par les plateformes communautaires dans le cadre d'un retrait progressif d'Inter Aide et d'une responsabilisation plus forte de ces plateformes dans la gestion. L'infirmière de Médor assure la coordination technique de l'UTC tandis que l'infirmière de Pérodin a délégué la coordination de l'UTC à une auxiliaire responsable, originaire de Pérodin. L'auxiliaire responsable de l'UTC de Pérodin maîtrise le concept de la prise en charge du choléra et de la gestion des intrants. Elle a un cahier de gestion des entrées et des sorties des intrants ce qui lui permet de prévenir des ruptures de stock du matériel. A Médor, l'infirmière coordinatrice maîtrise le protocole de prise en charge du choléra. Quant à la gestion des stocks, la coordinatrice de l'UTC de Médor nous a montré une forme vierge d'entrée et de sorties des intrants mais pas de formes remplies.

Les équipes en charge de la prévention formée des coordonateurs préventifs et des ADS a les compétences techniques nécessaires pour mener le projet de lutte contre le choléra et continuer à sensibiliser la population comme elles l'ont fait durant les deux années précédentes. Les équipes préventives de Pérodin et de Médor sont motivées pour poursuivre les activités de prévention du choléra comme faisant partie intégrante de la prévention des maladies diarrhéiques. Cependant, elles n'ont pas apprécié le fait qu'elles ont du travailler pendant des heures supplémentaires durant les flambées de choléra mais n'ont pas été rémunérées comme les prestataires de soins (auxiliaires). Il faut toutefois signaler que les membres de ces équipes ont reçu des primes de 1.000 HTG lors des flambées parce que Inter Aide a considéré qu'il s'agissait de leur travail de sensibiliser la population sur la prévention des maladies diarrhéiques.

La prévention du choléra fait partie de la prévention des maladies diarrhéiques qui constitue l'une des tâches des ADS. Par conséquent, les activités routinières de prévention du choléra ne devraient pas être rémunérées en dehors du salaire si la situation ne nécessite pas des heures supplémentaires de travail. Au cas où la situation nécessiterait des heures supplémentaires de travail comme cela pourrait être le cas durant les flambées, le comité de gestion technique devrait discuter d'un plan de travail avec le coordonateur préventif et les ADS et déterminer le nombre d'heures supplémentaires nécessaires. Dans ce cas, la rémunération hors salaire se ferait en fonction du nombre d'heures supplémentaires de travail.

Quant à la gestion administrative, les comités de gestion technique des deux dispensaires de Médor et de Pérodin ont les outils de base et les connaissances permettant d'assurer la gestion administrative et financière ainsi que le suivi des activités de santé. Les activités liées au choléra faisant partie intégrante du programme de santé communautaire bénéficieront de ces capacités en gestion administrative, financière et programmatique.

Les plateformes ont un rôle de contrôle et rendent compte auprès des financeurs. Les plateformes devraient définir la stratégie et contrôler les résultats obtenus dans une logique de long terme. Les comités de gestion technique, de leur côté, adopteraient un regard à plus court terme pour mettre en œuvre la stratégie avec des politiques de gestion et des moyens financiers, humains et techniques.

Les plateformes communautaires de Pérodin et de Médor, à travers les commissions santé, ont la capacité technique nécessaire pour assurer le contrôle des activités des UTC. Par contre, elles ont plutôt une capacité limitée en termes de planification, identification et priorisation des besoins et de gestion administrative et financière. Les membres des plateformes que nous avons rencontrés sur les zones de Pérodin et de Médor ne connaissaient pas les obligations contractuelles envers le financeur alors que l'une des fonctions des plateformes devrait être de veiller au respect de ces obligations. Pourtant les administrateurs de Pérodin et Médor membres des comités de gestion technique maîtrisent ces aspects. Les capacités en gestion des deux plateformes devraient être renforcées afin de pouvoir mieux exercer leur rôle de contrôle des comités de gestion technique.

Concernant les moyens financiers, un financeur privé appuie actuellement le programme Santé incluant les activités liées au Choléra sur les zones de Médor et Pérodin et a manifesté son intérêt pour un engagement sur les 10 prochaines années.

Les membres des plateformes devraient avoir une formation de courte durée afin qu'elles comprennent leur rôle de supervision pour le suivi des activités à court terme et leur rôle stratégique sur le long terme, la description des tâches des administrateurs et qu'elles aient une idée globale des opérations du projet.

Autonomie des familles pour la protection contre le choléra

Comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats des enquêtes EHA menées à Médor et Pérodin en 2012, il y a eu une amélioration des connaissances des familles sur les questions clés d'hygiène, d'assainissement et prévention du choléra. En général, le passage de l'acquisition des connaissances au changement de comportement prend du temps.

Les messages et activités de préventions doivent être maintenus pour aboutir à un changement de comportement durable et permettre une lutte efficace et durable contre le choléra. La continuité du travail de prévention et de sensibilisation est prévue à travers le programme EHA d'Inter Aide sur les zones de Pérodin et Médor et à travers l'intégration de la prévention du choléra dans les activités préventives des maladies diarrhéiques du programme Santé.

Adéquation de la stratégie des activités de prévention par rapport aux besoins des bénéficiaires et le contexte

Les activités de prévention du choléra menées sur les zones de Médor et Pérodin ont été efficaces dans la mesure où les données ont montré globalement une certaine amélioration des connaissances et un certain degré de changement de comportement comme en témoigne la comparaison des résultats des enquêtes EHA 2012 par rapport aux données de 2007. Ce changement de comportement qui concerne le lavage des mains aux moments clés, le traitement de l'eau de boisson constitue un atout dans la lutte contre le choléra. En effet, 60% des familles sur les zones de Médor et Pérodin traitent leur eau de boisson. Ce qui est un résultat très positif.

La méthode de diffusion du chlore telle que conçue par Inter Aide à travers les postes de vente serait efficace et durable. Le chlore était devenu disponible dans les coins les plus éloignés du centre des sections communales. Selon les enquêtes EHA menées par Inter Aide en 2011 et 2012, 47% des ménages de Médor et 44% des ménages de Pérodin s'approvisionnaient en chlore des postes de diffusion du chlore en 2011. En 2012, environ 50% des ménages de Médor et

Pérodin s'approvisionnait en chlore dans des postes de diffusion du chlore. A l'heure actuelle, après les distributions massives gratuites de chlore durant les flambées de choléra, seulement 7 postes de diffusion ont du chlore à Pérodin. Le fait que le chlore liquide soit devenu non disponible après les distributions massives prouve que les distributions gratuites ne représentent pas une solution durable.

A Chenot, nous n'avons pas de données quantitatives de suivi sur les comportements en matière d'hygiène et d'assainissement. Toutefois, les entretiens lors des visites domiciliaires dans les localités qui ont été touchées par les activités EHA ont montré que les bénéficiaires ont appris certaines notions pour barrer la route aux microbes comme l'importance du lavage des mains dans des moments clés comme avant de manger et après la défécation, l'utilisation de la latrine, la nécessité de traiter l'eau de boisson. Toutefois, certaines notions comme les méthodes de traitement de l'eau doivent être renforcées. Ce qui n'a pas été possible du fait de l'arrêt des activités. Il est important de noter que dans certains cas le membre du ménage qui avait participé aux réunions PHAST n'avait pas systématiquement partagé les informations ou les thèmes débattus avec le reste du ménage. Ce qui pourrait expliquer que certains bénéficiaires rencontrés ne soient pas au courant des bonnes pratiques d'hygiène parce que c'était le conjoint qui avait participé à la majorité des réunions.

Parmi ceux qui connaissaient les méthodes de traitement de l'eau, certains ne traitaient pas systématiquement l'eau de boisson. La plupart des bénéficiaires rencontrés ont indiqué qu'ils utilisaient le chlore ou l'Aquatab pour traiter l'eau de boisson mais le produit en question n'était pas disponible à la maison au moment de notre visite. Les entretiens avec les participants aux activités PHAST ont montré que cette stratégie participative appliquée a été appréciée par la communauté.

En ce qui a trait aux moyens de traitement de l'eau, comme nous l'avons signalé plus haut, à l'heure actuelle les postes de diffusion de chlore ne sont plus opérationnelles à Chenot. Ce qui rend très difficile l'accès au chlore dans les localités très éloignées.

Adéquation des activités et/ou les services mises en place pour la prise en charge du choléra par rapport aux besoins et contexte

La prise en charge du choléra vise non seulement le traitement médical du patient atteint de choléra mais également la prévention de la propagation de la maladie à partir du cas.

Au début de l'épidémie, la prise en charge des patients atteints de choléra se faisait dans les bureaux d'Inter Aide à Pérodin et dans un bureau d'OKPK qui étaient deux espaces séparés des dispensaires qui ont été aménagés en UTC. Ces UTC présentaient l'avantage d'avoir un toit solide, d'être aérés, de permettre une gestion des entrées et sorties, d'être facilement nettoyables. Ce qui a permis de prendre en charge les patients afin de réduire la mortalité et limiter la contamination / infections nosocomiales. Puis une maison d'Inter Aide a été aménagée en UTC à Pérodin et une nouvelle UTC a été construite à Médor.

L'UTC de Pérodin, aménagée dans une maison d'Inter Aide, est considérée comme solution provisoire. La capacité maximale d'accueil de l'UTC de Pérodin est évaluée à 10 lits. De Juillet à

Décembre 2012, cette capacité n'a jamais été dépassée. Cependant, quand nous analysons les données de la dernière flambée de 2012, un plus grand nombre de cas a été recensé en Juin 2012. En effet, soixante quatorze cas ont été reçus à l'UTC de Pérodin qui était alors au bureau d'Inter Aide. Durant le mois de Juin 2012, la durée d'hospitalisation moyenne a été de 2 jours.

Comme l'indique la figure 10, il y a eu un maximum de vingt deux patients à l'UTC un jour

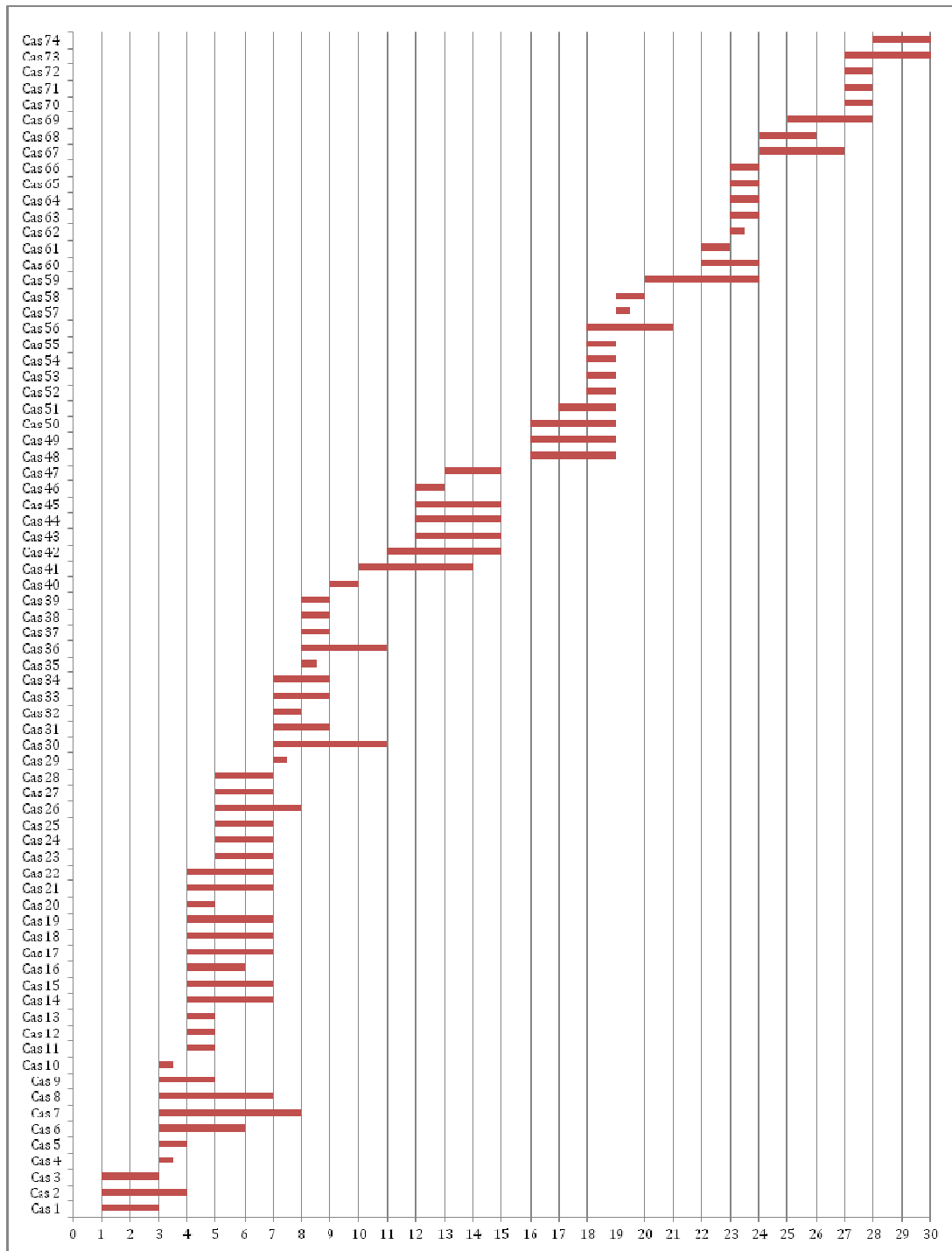


Figure 10 Date et Durée d'hospitalisation des cas de choléra vus a l'UTC de Pérodin, Juin 2012

Avec une capacité maximale de 10 lits, l'UTC de Pérodin sera dépassée si la tendance de l'épidémie pendant la saison pluvieuse de 2013 est pareille à celle de 2012.

Quant au nouvel UTC de Médor, la salle d'hospitalisation a une capacité de 20 lits. Si l'épidémie suit la même tendance il y aura suffisamment d'espace pour recevoir et traiter les cas de choléra.

Comme nous l'avons déjà signalé, le choléra est intégré dans les activités de santé communautaire qui sont gérées par le comité de gestion technique des deux dispensaires de Médor et de Pérodin. Les comités de gestion technique des deux dispensaires sont à même d'assurer la gestion opérationnelle du projet santé et donc des activités liées au choléra. Les plateformes communautaires, à travers les commissions santé, assurent la supervision des activités de santé. Les capacités en gestion des deux plateformes devraient être renforcées afin de pouvoir mieux exercer leur rôle de contrôle de la gestion administrative et financière du projet.

Dans le cadre de l'automatisation du projet Santé, les administrateurs des comités de gestion technique ont reçu des formations et un accompagnement d'Inter Aide pour pouvoir mener à bien leur rôle. L'administrateur du comité de gestion technique de Pérodin avait bénéficié d'une formation en gestion alors qu'il était un bénévole de l'Association des planteurs de café de Pérodin dans le cadre du projet café qui a été mis en œuvre par Inter Aide jusqu'en mars 2012. Chaque dispensaire dispose désormais d'un guide de procédure qui inclut entre autres les procédures de gestion du personnel, les procédures de gestion financière et comptable et la logistique. Des rapports financiers de même qu'un rapport d'inventaire sont produits périodiquement par l'administrateur de chaque dispensaire. Comme il a été déjà mentionné, les prestataires de soins ont les compétences nécessaires pour assurer une prise en charge des patients cholériques.

Pertinence des choix techniques adoptés

Devant l'ampleur de l'épidémie et les besoins croissants d'accueil, il a été décidé d'aménager un UTC sur chaque zone qui serait un bâtiment fermé composé d'une salle d'observation, d'une salle de traitement, et d'un bureau/pharmacie, et répondant aux normes parasismiques appliquées par Inter Aide dans ses autres programmes. Pérodin et Médor bénéficieraient chacun d'un UTC avec la participation communautaire. Les communautés, à travers les plateformes, se sont engagées à participer au terrassement et à la fourniture de matériaux pour la construction des UTC. Un contrat sur la répartition des tâches a été signé entre IA, OKPK¹³ et la communauté. Cette dernière s'est engagée à amener le matériel local (roches, gravier, sable, eau) qui servirait à la construction. Inter Aide a en partie subventionné ces matériaux. Le chantier ne pouvait démarrer que lorsqu'au moins 75% de ces matériaux étaient disponibles sur le site.

A Pérodin un terrain a été identifié par la Plateforme en juillet 2011 en dehors du village tandis qu'à Médor, le terrain est dans la continuité du dispensaire et avec suffisamment d'écart du bâtiment d'accueil.

A Pérodin, il y a eu du retard dans le terrassement et le transport des matériaux par la communauté et ce retard significatif a causé un changement de stratégie. Puisque la fin du projet s'approchait Inter Aide a alors pris la décision d'annuler la construction de l'UTC et en a ensuite informé le Secours Catholique.

C'est ainsi qu'une résidence d'Inter Aide a été mise à la disposition de la plateforme de Pérodin et réaménagé en UTC. Avec quelques retards, la communauté de Médor a rendu disponibles les matériaux et la construction de l'UTC a poursuivi son cours. L'UTC de Médor terminée.

¹³ OKPK est une organisation locale spécialisée dans la construction.

L'UTC de Pérodin est aménagé en 4 zones : la sélection et observation à l'entrée sur la terrasse, la salle d'hospitalisation et de convalescence qui a une capacité maximale de 10 lits et la zone neutre qui est une zone de stockage du matériel et sert de chambre pour le personnel. L'UTC a également une morgue. Des mesures ont été prises pour l'élimination hygiénique des excréments et des vomissures puisqu'il y a une latrine spéciale utilisée à cette fin qui est différente de la latrine utilisée par les parents des malades et le personnel et un puits perdu pour l'élimination des eaux usées. Cependant, la circulation ne peut pas se faire à sens unique à l'intérieur de l'UTC. Il n'y a pas d'accès direct de la salle d'hospitalisation à la morgue. En cas de décès, le cadavre est transporté à la morgue en passant par la terrasse où se trouvent les patients gardés en observation. L'UTC est entouré d'une clôture avec une barrière pour contrôler les entrées et limiter la propagation du choléra.

Une tonnelle ou une tente devrait être envisagée sur la cour de l'UTC de Pérodin pour augmenter la capacité d'accueil afin d'être prêt au cas où l'UTC devrait recevoir plus de 10 patients.

Le nouvel UTC de Médor a une grande salle qui a une capacité de 20 lits et peut servir de salle d'hospitalisation. La sélection et observation pourrait se faire sur la terrasse. La grande salle devrait être subdivisée en salle d'hospitalisation et de convalescence. Il y a une voie d'accès séparée à l'espace neutre réservée au dépôt et au staff. La plateforme est en train de construire une tonnelle sur la cour pour les parents/accompagnateurs qui viennent parfois de très loin. Cependant, la salle d'hospitalisation n'a pas d'accès direct sur la morgue. Il faudra que la plateforme finisse les petits travaux comme la tonnelle, la clôture et faire le déménagement de l'ancien UTC à ce nouveau bâtiment avant la saison pluvieuse.

Il faudra bien définir la circulation à l'intérieur de l'UTC pour diminuer les risques de contamination. Le principe clé devrait être la séparation des patients (zone contaminée) de la « zone neutre » (non contaminée). Le circuit des patients et du personnel devrait accommoder un espace de triage, un espace d'observation, un espace d'hospitalisation et pour les convalescents et une « zone neutre ».

Le plan schématique d'un CTC tel que défini par le MSPP pourrait servir de guide dans la définition du circuit du patient et du personnel de l'UTC de Médor



Nouvel UTC de Médor



Vue de la Salle d'Hospitalisation nouvel UTC Médor

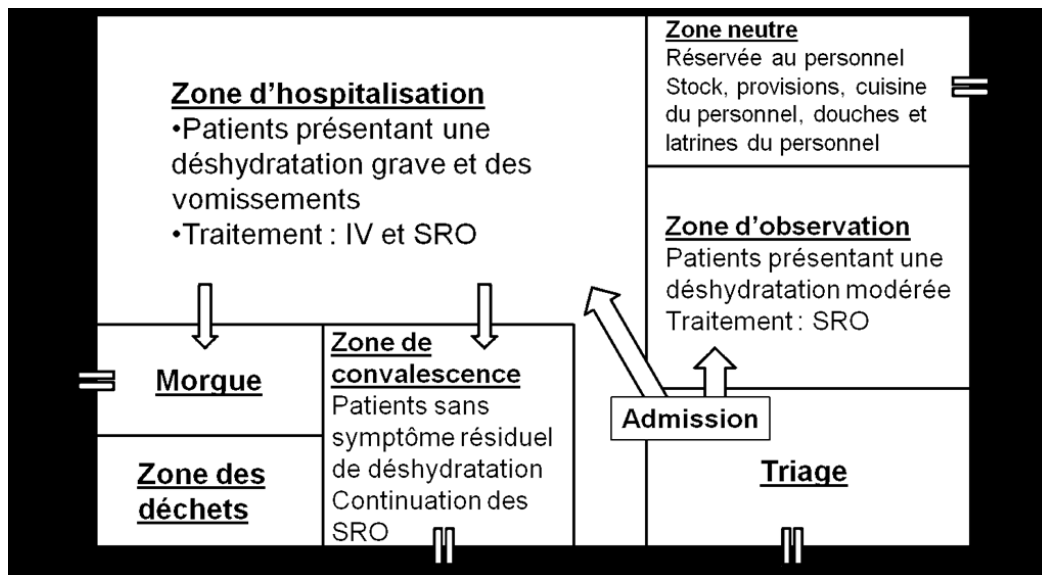


Figure 11: Plan schématique d'un CTC

A Chenot, les membres de la communauté ont exprimé leur appréciation envers les activités EHA qui ont été menées sur les 8 localités dans le cadre de ce projet.

Les latrines sont en général utilisées et les participants aux réunions PHAST qui n'avaient pas encore eu leur latrine en ont profité pour réitérer la demande. Toutefois, certaines latrines sont mieux entretenues que d'autres. La première photo est le cas d'une latrine avec dalle recouverte d'un couvercle approprié fait par le propriétaire de la latrine utilisant le couvercle d'un seau et un morceau de bois. La deuxième photo est une latrine dont la dalle n'était pas recouverte lors de notre visite. Nous avons visité 10 ménages dans 2 des 8 localités de Chenot qui avaient été touchées par les activités EHA. Sept des 10 ménages avaient une latrine. Toutes les latrines étaient utilisées et bien entretenues. Trois des sept latrines avaient un couvercle.



Certaines familles qui participaient à des réunions PHAST avaient creusé leur fosse ou rassemblé les matériaux nécessaires bien avant de signer le contrat pour leur latrine. Nous avons vu quelques fosses dans la localité de Carrefour Rocher. Du fait de l'interruption du programme il n'y a pas de dalles sur ces fosses et elles ne sont pas utilisées jusqu'à présent. Ce qui indique qu'ODTPKA n'a pas offert un appui à ces familles.

A Carrefour Rocher, une des huit localités atteintes par le programme EHA, les activités ont été stoppées en avril 2012 par manque de mobilisation communautaire. Du fait de cet arrêt brusque des activités, plusieurs familles n'ont pas eu le temps d'avoir leur latrine. Au cours des visites à Bois Michel Kola, tout le monde s'attendait à ce que nous les visitions quand ils ont su qu'il s'agissait d'une évaluation des activités EHA. Certaines familles qui ont eu leur latrine ont indiqué qu'elles attendaient impatiemment les activités de captage des sources puisqu'elles utilisent jusqu'à présent l'eau des sources non protégées. Les activités de captage de sources n'ont pas eu lieu à cause de l'arrêt des activités à Chenot.

Entre Septembre 2011 et Juin 2012, Inter Aide avait reçu près d'une cinquantaine de lettres de demande des localités de Chenot. Ce qui peut témoigner de l'intérêt que la population de Chenot a porté à ce projet.

De son côté, ODTPKA est la seule organisation basée à Chenot qui pourrait assurer la mise en œuvre du projet moyennant un encadrement pour la gestion opérationnelle. Les membres d'ODTPKA ont bénéficié d'une formation organisée par Inter Aide en Septembre 2012 après la fermeture du projet. Des artisans locaux avaient été formés et ont construits 460 dalles de latrines. Les familles ont creusé la fosse de la latrine et construit la cage. Tous les animateurs EHA qui ont travaillé dans la mise en œuvre de ce projet à Chenot sont des résidents de la zone et donc constituent des ressources sur lesquelles ODTPKA peut s'appuyer s'il devait assurer la mise en œuvre.

Malgré la motivation de la population et les besoins criants le kit pour la fabrication des latrines est disponible au bureau d'ODTPKA mais n'a jamais été utilisé, aucune dalle n'a été construite après le départ d'Inter Aide faute de financement.

Modalités de partenariat et de mise en œuvre du projet par rapport au contexte

Inter Aide et Secours Catholique partagent une vision commune du développement ce qui a favorisé le partenariat dans le cadre de ce projet. L'action du Secours Catholique trouve son sens dans une vision d'ensemble de la lutte contre la pauvreté, qui vise à restaurer la personne humaine dans sa dignité et s'inscrit dans une perspective de développement durable¹⁴. Tandis que Secours Catholique considère que les hommes, femmes, enfants vivant des situations de pauvreté sont les premiers acteurs de leur développement¹⁵, Inter Aide entend développer des méthodes spécifiques basées sur une démarche de proximité entre les équipes de terrain et les bénéficiaires des actions, en s'attachant à les responsabiliser¹⁶. Elles partagent également une même vision de

¹⁴ <http://www.secours-catholique.org/nous-connaître/notre-mission/nos-principes-d-action.html>

¹⁵ <http://www.secours-catholique.org/nous-connaître/notre-mission/nos-principes-d-action.html>

¹⁶ <http://interaide.org/index.php/fr>

l'appui aux dynamiques locales, donnant la priorité aux groupes les plus marginalisés et favoriser le renforcement des organisations locales et intermédiaires. L'approche d'Inter Aide était donc partagée par Secours Catholique.

De plus, Secours Catholique a un bureau en Haïti ce qui lui a permis de mieux comprendre le contexte et aussi les stratégies d'intervention ce qui a facilité la mise en œuvre et les dérogations quand il l'a fallu. Au début, il n'était pas prévu d'avoir des constructions d'UTC mais des tonnelles. Avec la flambée de 2011, Inter Aide a pensé qu'il fallait la construction des UTC sur les zones de Pérodin et Médor et cela a été compris par Secours Catholique. Quand les conditions pour mettre en œuvre la construction d'un nouvel UTC à Pérodin, n'étaient plus réunies, ce qui avait amené Inter Aide à annuler le chantier et à aménager un espace d'accueil alternatif, Secours Catholique a été flexible et avait compris les raisons qui avaient portées Inter Aide à envisager cette modification de l'activité prévue.

Inter Aide appuie le projet de santé communautaire de Pérodin et de Médor depuis près de trente ans. Le partenariat entre Inter Aide et les acteurs locaux a connu plusieurs phases depuis 1983. Au début, Inter Aide a constitué ses propres équipes et a mis en œuvre les activités directement. Puis elle a accompagné la création et le renforcement d'organisations locales qui devaient prendre le relais des interventions. Petit à petit, Inter Aide a procédé à la formation et la mobilisation de la communauté, celle-ci s'est progressivement impliquée dans la délivrance des services puis dans la gestion des services. Puis à travers le comité de gestion technique mise sur place par Inter Aide, participe puis assure la gestion des services ; le rôle de la commission santé et de la plateforme étant d'assurer le suivi de la qualité des services et de la gestion des activités de santé.

Quand l'épidémie de choléra est apparue en 2010, Inter-Aide était en plein dans un processus de désengagement sur le projet de santé communautaire (débuté en 2009). Les deux Plateformes ont eu besoin d'un appui important d'Inter Aide pour assurer la mise en place des UTC et l'ensemble des protocoles de prise en charge, ainsi que la stratégie de la prévention. Dans un deuxième temps, ces acteurs ont repris à leur compte la gestion des activités, toujours avec l'appui et le suivi d'Inter Aide dans le cadre du processus de désengagement.

Le partenariat entre Inter Aide et les plateformes communautaires dans le cadre du projet de lutte contre le choléra, même s'il a parfois été difficile, a aussi rencontré des succès manifestes.

Inter Aide était en appui au projet de choléra alors qu'elle transférait progressivement les responsabilités du projet santé aux plateformes. L'une des difficultés rencontrées dans la gestion du projet est la question de la construction de l'UTC de Pérodin. La Commission Santé issue de la Plateforme communautaire de Pérodin qui coordonne les activités de Santé de Pérodin avait la responsabilité de la préparation du terrain et de l'apport des matériaux locaux nécessaires à la construction alors que Inter Aide s'était engagée à subventionner l'achat du terrain, financer une partie du terrassement et des apports en matériaux locaux. Suite à un retard croissant dans le terrassement et dans l'apport en matériaux locaux par la commission Santé, Inter Aide a décidé d'annuler la construction et a proposé d'aménager une maison d'Inter Aide en UTC. Ce retard était lié à un manque de mobilisation et de rigueur de la commission Santé. Cette décision n'était pas partagée par la plateforme et la commission santé de Pérodin. Cependant, lorsqu'Inter Aide a proposé l'aménagement de l'une de ses maisons en UTC comme solution alternative, la plateforme et la commission santé ont été très réactives. Ce partenariat a permis de mettre en place une structure locale techniquement compétente en matière d'intervention dans le cadre de la lutte contre le choléra. Le rôle d'Inter Aide dans la gestion du projet de lutte contre le choléra

a diminué pendant que le rôle des plateformes a augmenté sur le temps alors que parallèlement l'incidence et la létalité du choléra ont diminué.

A Chenot, ODTPKA a été le partenaire local d'Inter Aide pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le choléra. ODTPKA est une organisation communautaire qui a été créée par des leaders locaux de la zone de Chenot. Elle est reconnue depuis 13 ans par le Ministère des Affaires Sociales. Sa mission est de contribuer au développement des Cahos sur la zone de Chenot, en travaillant notamment sur l'amélioration des rendements agricoles et la santé (gestion d'un dispensaire communautaire, vaccination). Actuellement ODTPKA a deux partenaires : l'Action de Carême Suisse et SOCAH (Fondation suisse).

Inter Aide a travaillé en étroite collaboration avec son partenaire ODTPKA pour étudier les meilleures stratégies de la mise en œuvre des activités. Comme l'a précisé le coordonateur d'ODTPKA, même le salaire des animateurs EHA d'Inter Aide a été harmonisé avec les salaires offerts par ODTPKA à ses animateurs.

Inter Aide a discuté sur les moyens et les solutions les plus adaptés à la zone et notamment de la pertinence de mettre en place des *postes de revente du chlore* sur toute la zone. A la fin du projet, ODTPKA gérait de façon autonome 20 postes de chlore et de SRO, ce qui couvrait presque toute la zone du 5ème et 6ème sections communales de Marchand-Dessalines (12 postes sur la 6ème et 8 postes sur 5ème) et les localités touchées par le programme. Malheureusement, à l'heure actuelle la plupart des postes ont du SRO mais ils n'ont pas de chlore.

Après la fermeture brusque du programme sur Chenot suite à des violences, l'équipe d'Inter Aide a organisé une formation de deux jours à l'intention des cadres de l'équipe d'ODTPKA sur la logistique (entrées et sorties de stock), la gestion de projet, la stratégie et la méthodologie participative d'Inter Aide, la méthode d'animation PHAST et la fabrication d'une dalle latrine bombée. Inter Aide leur a également donné un Kit PHAST (images, supports, etc.), d'un Kit Latrine complet (outils et moules) ainsi que d'un classeur avec les documents supports. Au moment de la visite au local d'ODTPKA, tout ce matériel était disponible. Malheureusement, il n'a jamais été utilisé au départ d'Inter Aide faute de financement.

Conclusion

Le projet de lutte contre le choléra et amélioration durable de l'hygiène et de l'assainissement dans les localités rurales isolées de la chaîne des Cahos a atteint son principal but qui a été de contribuer à la réduction de l'incidence du choléra dans les Cahos. Sur le temps, il y a eu une diminution de l'incidence du choléra sur les zones d'intervention (Médor et Pérodin). Les flambées saisonnières deviennent de moins en moins intenses. La prise en charge médicale des cas de choléra de même que les activités de prévention et de sensibilisation ont permis de limiter l'incidence du choléra et donc le nombre de décès du au choléra. Le taux de létalité a diminué avec le temps ce qui témoigne d'une amélioration de la qualité de la prise en charge dans les UTC de Pérodin et de Médor qui est due à l'amélioration des connaissances du personnel soignant et une plus grande sensibilisation de la population. Tout ceci doit être analysé en ayant à l'esprit les conditions d'accessibilité aux services de santé dans les Cahos.

Plusieurs milliers de familles ont été sensibilisées sur les symptômes du choléra, les moyens de se protéger contre le choléra et des premiers gestes à poser en présence d'une personne

présentant les signes du choléra. Il y a eu une amélioration des connaissances sur l'hygiène et de changement de comportement. Le changement de comportement ce qui concerne le lavage des mains aux moments clés, le traitement de l'eau de boisson constitue un atout dans la lutte contre le choléra. Soixante pourcent des familles sur les zones de Médor et Pérodin traitent systématiquement l'eau de boisson. Ce qui est un résultat très positif. Certaines familles ont tendance à appliquer les mesures d'hygiène pendant les flambées de choléra. Le changement de comportement prend du temps. C'est pourquoi les activités destinés à faire adopter de bonnes pratiques d'hygiène doivent être maintenues en permanence, y compris en dehors des flambées de choléra pour aboutir à un changement de comportement durable et permettre une lutte efficace et durable contre le choléra

Les équipe de soins des UTC de Médor et de Pérodin allant des infirmières, auxiliaires jusqu' aux gardiens et ménagères ont les compétences techniques pour la continuité de la prise en charge du choléra et la prévention de la contamination nosocomiale. L'équipe en charge de la prévention formée des coordonateurs préventifs et des ADS a les compétences techniques nécessaires pour mener le projet le lutte contre le choléra et continuer à sensibiliser la population comme elles l'ont fait durant les deux années précédentes

Quant à la gestion administrative, les comités de gestion technique des deux dispensaires de Médor et de Pérodin ont les outils de base et les connaissances permettant d'assurer la gestion administrative et financière ainsi que le suivi programmatique des activités de santé. Les activités liées au choléra faisant partie intégrante du programme de santé communautaire bénéficieront de ces capacités en gestion administrative, financière et programmatique. Par contre, les plateformes ont plutôt une capacité limitée en termes de planification, identification et priorisation des besoins et de gestion administrative et financière. Les capacités devraient être renforcées afin qu'elles puissent exercer leur rôle de contrôle vis-à-vis des comités de gestion technique. Les membres des plateformes devraient avoir une formation de courte durée afin qu'elles comprennent leur rôle de supervision pour le suivi des activités à court terme et leur rôle stratégique sur le long terme, la description des taches des administrateurs et qu'elles aient une idée globale des opérations du projet.

Leçons apprises et Recommandations

Ce projet a abouti à des résultats qui permettent de tirer ces leçons :

- La lutte contre le choléra exige non seulement un traitement médical rapide des cas mais également des activités préventives visant à éduquer la communauté sur les mesures d'hygiène et d'assainissement à adopter pour se protéger contre la maladie.
- Il existe des interactions importantes entre la prévention, la préparation aux flambées de choléra et la prise en charge médicale du choléra ; Il faut préserver l'équilibre entre ces éléments pour atténuer les flambées et faire baisser le taux de létalité.
- L'implication des communautés est un aspect essentiel de la lutte contre le choléra et contre d'autres maladies diarrhéiques à transmission hydrique.
- Une amélioration des connaissances ne se traduit pas nécessairement par un changement de comportement. Le changement de comportement prend du temps. C'est pourquoi les activités destinés à faire adopter de bonnes pratiques d'hygiène doivent être maintenues en permanence, y compris en dehors des flambées de choléra.

- En dehors des flambées de choléra, l'application des règles d'hygiène semble diminuer du fait que les communautés deviennent moins motivées.

Recommandations à Secours Catholique

- Maintenir ce modèle de partenariat flexible et adapté au contexte ce qui facilite la mise en œuvre et permet d'atteindre le but principal du projet.
- Etudier la possibilité d'un partenariat avec ODTPKA pour la poursuite de la mise en œuvre des activités EHA à Chenot. ODTPKA est la seule organisation basée à Chenot qui pourrait assurer la mise en œuvre du projet moyennant un encadrement pour la gestion opérationnelle. Vu la proximité avec Pérodin, et le savoir-faire acquis par l'équipe EHA de Pérodin, un support technique pourrait être fourni par le coordonateur préventif et les animateurs EHA de Pérodin à ODTPKA dans le cadre éventuel d'une poursuite des activités.

Recommandations à Inter Aide

- Poursuivre le programme EHA dans les sections de Pérodin et Médor afin d'améliorer l'accès à l'eau potable et l'assainissement pour avoir 100% de couverture latrinale et la protection des sources afin de contrôler l'épidémie de choléra de façon durable
- Renforcer les liens des équipes EHA d'Inter Aide avec le programme Santé pour une synergie des activités dans la communauté en générale et dans les écoles en particulier.
- Certains membres de la plateforme de Pérodin croient qu'une source non protégée située à environ 100 mètres de l'UTC de Pérodin pourrait être contaminée par les déchets de l'UTC quoique des mesures aient été prises pour éviter la contamination a partir de l'UTC comme la distance à la source, les puits perdus pour l'élimination des eaux usées. A travers le programme EHA, Inter Aide pourrait procéder à l'analyse de l'eau de la source qui se trouve à 100 mètres de l'UTC de Pérodin avant la saison pluvieuse et quand il y aura des cas à l'UTC et faire la comparaison.
- Dans les enquêtes EHA par échantillonnage, Inter Aide a utilisé un échantillonnage en grappe. Cette méthode réduit les coûts d'autant plus que l'habitat est très dispersé dans les Cahos parce que la collecte de données dans chaque localité peut être faite lors d'une seule visite. Cependant, Il faut tenir compte de l'effet de grappe (variance intra qui est faible) dû à l'existence de similarité entre individus d'une même localité. A l'avenir, Il faudrait augmenter le nombre de nombre de localités même s'il faut sélectionner moins de ménage dans chaque localité.

Recommandations aux Plateformes/ Commission Santé/ Comités de gestion technique

- Maintenir les activités de sensibilisation sur les mesures d'hygiène et d'assainissement à appliquer pour la prévention du choléra même en dehors des périodes de flambées de choléra. Les activités liées au choléra étant intégrées dans le programme Santé des deux

dispensaires de Médor et de Pérodin, il faudra veiller à ce que les activités de prévention du choléra se poursuivent.

- Dans le cadre de la prévention du choléra renforcer l'utilisation du savon pour le lavage des mains ou l'utilisation des cendres de bois pour le lavage des mains quand il n'y a pas de savon
- Insister auprès des mères durant la sensibilisation sur l'importance du lavage des mains après avoir nettoyé les bébés
- Renforcer les messages de préparation du SRO maison
- Construire une structure temporaire (une tonnelle) qui serait destinée à augmenter la capacité d'accueil de l'UTC de Pérodin
- Finaliser les travaux du nouvel UTC de Médor comme la clôture, la tonnelle pour l'accueil des accompagnateurs des patients afin d'être prêts avant la saison pluvieuse.
- Rechercher un appui en vue de renforcer les capacités en gestion des plateformes. Cet appui pourrait être une formation de courte durée afin qu'elles comprennent leur rôle de supervision pour le suivi des activités à court terme et leur rôle stratégique sur le long terme, la description des tâches des administrateurs et qu'elles aient une idée globale des opérations du projet afin qu'elles puissent exercer leur rôle de contrôle vis-à-vis des comités de gestion technique.

Lexique

Accès aux installations sanitaires améliorées

L'accès aux installations sanitaires améliorées est le pourcentage de la population ayant au moins un accès suffisant à des installations d'élimination des excréments pouvant prévenir efficacement le contact des humains, des animaux et des insectes avec les excréments. Les installations améliorées varient des fosses simples mais protégées aux toilettes à chasse d'eau raccordées à un égout. Pour être efficaces, les installations doivent être bien construites et dûment entretenues. Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme de mesure commune¹⁷

Flitage

Le **flitage** désigne la désinfection avec une solution chlorée dans un pulvérisateur dorsal. Celui qui opère est appelé fliteur

Incidence

L'**incidence** est le nombre de nouveaux cas d'une maladie particulière qui surviennent dans une population pendant une période donnée.

Incidence cumulative

Le taux d'**incidence cumulative** est la proportion de personnes qui développe une maladie au cours d'une période déterminée. Elle se calcule en divisant le nombre de nouveaux cas survenus au cours de la période d'étude par le nombre de personnes dans la population n'ayant pas cette maladie au début de cette période d'étude.

Létalité

Le **taux de létalité** est la proportion de personnes ayant une maladie particulière qui décèdent dans un délai précisé. Le délai est habituellement une période pendant laquelle le patient est malade en raison de la maladie.

Proxy

Un indicateur **proxy** c'est un indicateur indirect qui est utilisé en absence d'une mesure directe.

¹⁷ <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.ACSN.UR>

Annexe A : Cadre d'évaluation a) Questions relatives à l'efficacité et à l'impact du projet et à la viabilité des actions

Question d'évaluation	Indicateur	Source de données / Méthode de collecte	Remarques
<p>QE A.1 : La stratégie et les activités mises en œuvre ont-elles permis de limiter l'incidence du choléra dans les trois zones d'intervention ?</p>	<p>1) Nombre de cas de cholera reçu par les structures de prise en charge de cholera sur le temps</p> <p>2) Nombre de décès évités</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données du projet sur le nombre de cas de cholera • Estimation du nombre de décès évités à partir base de données du projet et des registres d'admission • Communauté/ Entrevue lors des visites domiciliaires • Entrevues avec les leaders communautaires comme CASEC ou ASEC • Rapports d'activité intermédiaires et final • Entrevue avec chef de secteur Inter Aide (stratégies et choix techniques) 	<p>Il n'y a pas de données sur l'incidence du cholera sur les zones du projet. Toutefois nous avons des données sur le nombre de cas de cholera traités dans les structures de prise en charge pour Pérodin et Médor ; Ces données quantitatives seront croisées avec les données qualitatives sur la perception de la qualité et l'utilisation des services de prise en charge du cholera par la communauté</p> <p>Sur la perception du choléra aussi: attitude, réactivité...</p> <p>Tenter d'évaluer l'incidence en comparant les localités touchées et non touchées par les activités santé et EHA ?</p> <p>Importance des voies de communication et des lieux d'échange (marchés, etc.) dans la transmission ?</p>
<p>QE A.2 : Les actions mises en œuvre ont-elles été efficaces pour lutter contre le choléra ?</p>	<p><u>Médor et Pérodin</u> Prévention</p> <p>1) Nombre d'agents de santé et/ou animateurs EHA formés et/ou sensibilisés aux bonnes pratiques d'hygiène, à l'identification des maladies liées au péril fécal, dont le choléra.</p> <p>2) Nombre de familles sensibilisés aux bonnes pratiques d'hygiène et aux mesures de prévention contre le choléra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données du projet / Registre des dispensaires/UTC • Enquête de base et de suivi réalisée par Inter Aide • La qualité de la prise en charge sera évaluée dans les structures d'accueil par des entrevues en profondeur avec 	<p>La qualité de la prise en charge sera analysée en tenant compte du contexte (Zone rurale avec des ressources limitées)</p> <p>A Chenot, comme il n'y a pas de données de suivi de l'enquête EHA lors des visites domiciliaires des questions sur l'adoption des bonnes</p>

	<p>3) Nombre postes de diffusion du chlore opérationnels</p> <p>4) Nombre de points de distribution de sérum oral fonctionnels</p> <p>5) % des foyers qui ont de bonnes pratiques de lavage de mains et % de foyers qui traitent l'eau de boisson.</p> <p>Prise en charge du Cholera</p> <p>6) Nombre de prestataires de soins (auxiliaires, infirmières) formés à l'identification des symptômes du choléra et à la prise en charge des malades.</p> <p>7) Taux de létalité</p> <p>8) Qualité de la prise en charge</p> <p>Chenot</p> <p>1) Nombre d'animateur d'EHA formés</p> <p>2) Nombre de familles sensibilisées sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement</p> <p>3) Nombre de poste de diffusion de chlore opérationnel</p> <p>4) Couverture en latrine</p>	<p>les équipes de soins (auxiliaires, infirmières et gardiens/ménagères) en comparant les pratiques de prise en charge au protocole établi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapports mensuels d'activités des dispensaires (rapports préventifs et choléra) • Visites domiciliaires 	<p>pratiques d'hygiène seront abordées</p> <p>Grille d'observation? Guide d'entretien?</p> <p>Concernant sachets SRO : prendre en compte qu'il pourrait avoir 0 postes, mais pourtant les familles peuvent avoir 2 ou 3 sachets à la maison. C'est l'effet des distributions... Donc à intégrer dans la grille d'observation des visites domiciliaires. : présence de moyen de traitement? Présence de SRO? Présence de savon? etc.</p> <p>Attention, c'est là où la question de l'échantillonnage devient importante, car les conclusions peuvent être biaisées. Donc si la marge d'erreur est trop importante, vous ne pourrez pas trop vous appuyer sur ces données...</p>
<p>QE A.3 : Le transfert de compétences et le renforcement des capacités des équipes ont-ils permis une mise en pratique autonome, et peut-on envisager qu'ils permettent une lutte efficace et durable contre le choléra dans</p>	<p>1) Autonomie des institutions pour la prévention et la prise en charge du cholera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compétence technique des équipes pour la prévention, la prise en charge, la gestion administrative, la gestion des stocks • Volonté des équipes de continuer à mettre en œuvre les activités préventives et curatives • Moyens financier pour poursuivre les 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec les leaders communautaires (non membres des comites santé • Entrevues avec des membres des Plateformes communautaire Commissions santé et Comités de gestion technique • Entrevues avec les équipes des UTC (infirmières, auxiliaires, gardiens, 	<p>L'autonomie de gestion des dispensaires de Médor et de Pérodin Chenot sera prise en compte dans le contexte parce que sans le dispensaire l'UTC ne pourra pas fonctionner.</p>

<p>les zones d'intervention ?</p>	<p>activités</p> <p>2) Autonomie des familles pour la protection contre le cholera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des familles sur les questions d'hygiène, d'assainissement et prévention du cholera pour évaluer leur autonomie au travers de leur connaissance sur les moyens de se protéger contre le choléra 	<p>ménagères...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget des dispensaires et plans de financement • Analyse des enquêtes EHA menées à Pérodin et à Médor pour évaluer les attitudes et pratiques de la population en matière d'hygiène et d'assainissement • Entrevue avec les familles lors des visites domiciliaires <p>+ Observations sur les latrines, leur usage et leur entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevue avec membres de Comités Santé • Entretien avec Chef de secteur IA sur processus d'autonomisation et de désengagement d'IA 	
<p>b) Questions relatives à la cohérence et à la pertinence de l'action</p>			
<p><i>QE B.1 : La stratégie et les activités mises en place pour assurer la prévention du choléra répondent-elles aux besoins et sont-elles adaptées au contexte ?</i></p>	<p>Pertinence/ Efficacité des messages de sensibilisation et des postes de diffusion du chlore</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoption de bonne pratique d'hygiène et d'assainissement • Accès aux moyens de traitement de l'eau – chlore notamment – dans ses différentes dimensions (prix, disponibilité, existence et viabilité des circuits d'approvisionnement) <p>Efficacité de la méthode PHAST dans la sensibilisation à Chenot</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des données des enquêtes EHA permettra d'apprécier l'efficacité des messages de prévention • Présence de chlore dans les dispensaires, les maisons • Entrevues lors des visites domiciliaires pour apprécier l'acquisition des connaissances <p>Guide d'entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues les agents de santé et coordinateurs préventifs <p>+ leaders communautaires</p>	<p>Le projet a-t-il contribué à générer une demande (pour le chlore par ex) ?</p> <p>Comme pour les postes SRO, vérifier que l'accessibilité au chlore passe par plusieurs moyens (postes Klorox, distributions, rôle des leaders, vente sur les marchés, etc.)</p> <p>Possibilité de visiter une séance de PHAST à Pérodin ou à Médor ?</p>

		<p>Guide d'entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guide lines des réunions PHAST + supports d'animation (Cf. documents dans dossier Chenot → sensibilisation) • Entrevues avec OTDPKA pour la question du chlore, les animateurs EHA et les participants aux activités PHAST a Chenot <p>Guide d'entretien?</p>	
<p>QE B.2 : Les activités et/ou les services mis en place pour favoriser la prise en charge des malades du choléra répondent-ils aux besoins et sont-ils adaptés au contexte ?</p>	<p>Capacités des communautés et partenaires locaux à maintenir les services de prise en charge du cholera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacités d'accueil des UTC • Capacité de gestion des partenaires locaux • Connaissance des protocoles d'accueil et de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole d'accueil/prise en charge du cholera (Cf. schéma dans rapport final) • Entrevues avec les infirmières, auxiliaires et les administrateurs ? • Entrevues avec quelques bénéficiaires (personnes qui ont eu le cholera et ont bénéficié des services de prise en charge) • Visites des UTC et des dépôts 	<p>Bien comprendre le contexte, les évolutions et les enjeux, variables entre les zones de Pérodin et de Médor</p>
<p>QE B.3 : Les choix techniques adoptés sont-ils pertinents, acceptés par la population, et favorisent-ils la pérennité du service et/ou des bonnes pratiques ?</p>	<p>Acceptation et l'appropriation des choix techniques par les gestionnaires et les bénéficiaires</p> <p>Dans quelle mesure, les constructions correspondent-elles aux besoins ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visites des UTC → choix techniques pertinents et pérennes ? • Entrevue avec les comités de gestions Plateformes communautaire Commissions santé et Comités de gestion technique • Entrevue avec les responsables de l'organisation ODTPKA (pour les latrines ?) 	<p><u>Remarques IA :</u></p> <p>- Les aspects techniques doivent être entendus pour les constructions (et les aménagements) qui ont été réalisées ou proposées : UTC, latrines et éventuellement captages de sources</p> <p>- La question de la participation communautaire devrait être abordée sous les angles d'appropriation,</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue avec les responsables de l'organisation OKPK • Entrevue avec les bénéficiaires (des latrines ?) • Entretien avec le chef de secteur IA • Pour les écoles : entretien avec RP Inter Aide EHA Pérodin et Médor 	<p><i>d'acceptabilité et de compréhension. Attention à la formulation des questions sur la participation communautaire : il est évident que les bénéficiaires de latrines pourront préférer qu'Inter Aide leur fasse tout, ce qui est contraire avec le développement</i></p> <p><i>- Pour ODTPKA : vérifier si la formation à la fabrication des dalles latrines et la remise d'un kit latrine a généré une demande et donc si le kit est utilisé ?</i></p>
Questions relatives à la reproductibilité de l'action par les différentes parties prenantes			
<i>QE C.1 : Les modalités de partenariat et de mise en oeuvre du projet ont-elles été adaptées au contexte et efficaces pour atteindre les résultats attendus ?</i>	<p>Modalité de partenariat IA- SSCF Modalité et évolution du partenariat IA- Dispensaire (Plateforme, Commission Sante, Comite gestion technique) Modalités de partenariat IA-ODTPKA (sur question du chlore et du transfert de compétences sur latrines)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue Inter-Aide et SCCF • Entrevue Plateforme, Commission Sante, Comite gestion technique • Entrevue avec représentant d'ODTPKA • Contrats de partenariats disponibles • Rapports et courriers entre partenaires 	
<i>QE C.2 : Quelles ont été les leçons apprises par les différentes parties prenantes ?</i>	<p>Leçons apprises par les différentes parties prenantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues avec Plateforme, Commission Sante, Comite gestion technique • Entrevue avec représentant d'ODTPKA, bénéficiaires • Observation • Entretien IA • Entretien SCCF ? 	<p>Recommandations à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IA - Secours Catholique - Plateformes <p><i>Rq sur question de la viabilité : le financement a été repris depuis octobre 2012 par un bailleur privé</i></p>

Annexe B : Personnes interviewées

Pérodin et Médor

1. Entretiens individuels

- 4 représentants des Plateformes et Commission Santé de Pérodin et Médor (Le vice président de la plateforme de Pérodin (OSPTRA), le vice coordonateur de la Plateforme de Médor (ODM6PRA), un membre de la commission Santé De Pérodin et un membre de la Commission Santé de Médor)
- Les Administrateurs des Programmes Santé de Perodin et de Médor
- Les coordonateurs préventifs de Pérodin et de Médor
- 4 cadres personnels de santé (2 cadres de l'UTC de Perodin y compris la coordonatrice, 2 cadres de l'UTC de Médor y compris la coordonatrice) 2 gardiens d'UTC (1 gardien de l'UTC de Perodin et un gardien de l'UTC de Médor)
- 1 agent de santé de Médor
- Responsable du Dispensaire St Joseph de Médor
- Le coordonateur CASEC de Pérodin
- Le coordonnateur des programmes EHA d'Inter Aide de Pérodin et Médor

2. Entretiens de groupe

- 11 agents de santé de Pérodin
- 10 animatrices de Comité Santé (8 à Perodin et 2 à Médor)
- 13 membres de Comité Santé de Perodin

3. Visites domiciliaires

- 7 ménages (4 à Perodin, 3 à Médor)

Chenot

1. Entretien

- 4 membres d'OTPKA (Coordonateur, Président, Trésorier Secrétaire
- 1 auxiliaire du Dispensaire Ste Rose de Lima de Chenot et responsable de l'UTC de Chenot.
- 1 Animateur EHA

2. Visites domiciliaires

- 10 ménages (5 à Bois Michel Kola et 5 à Carrefour Rocher)

Représentants de Secours Catholique en Haïti et en France

Représentants d'Inter Aide

Annexe C : Guides d'entretien et Grille d'observation

Guide d'entretien Ménage

Eau /Approvisionnement et traitement

1. Où allez-vous chercher de l'eau de boisson ?
2. Pensez vous que l'eau collectée soit suffisamment propre pour être consommée directement ?
(Si non, qu'est-ce que vous faites avant de la boire (avez-vous traité l'eau de boisson que vous avez maintenant à la maison ?)
3. S'il/elle traite l'eau de boisson décrire le mode de traitement (Produit utilisé, Dosage ect).
4. *Vérifier si elle a le produit de traitement a la maison (chlore ou Aquatab). Si oui ou l'a-t-il/elle trouvé ?*

Assainissement/ Latrine

5. Avez-vous une latrine ?
6. Où faites vous vos besoins ? (Adultes, enfants, petits enfants)
7. *S'il y a une latrine Voir la latrine*
 - *Voir si la latrine paraît propre et entretenue*
 - *Voir si elle est utilisée ?*
 - *Eau/lave main à coté de la latrine ?*

Hygiène

Lavage des mains

8. A quel moment vous lavez vous les mains ?
9. Avec quoi vous lavez-vous les mains ?
10. *Si la personne mentionne le savon, demander à voir le savon*

Connaissance et Attitude vis-à-vis du cholera/ Recherche de soins

11. Avez-vous déjà entendu parle du cholera ?
12. Quels sont les symptômes du cholera ?
13. Comment le cholera se transmet-il ?
14. Comment pouvez-vous-vous protéger contre le cholera
15. Si vous pensez quelqu'un de votre famille a les signes du cholera, que ferez-vous à la maison ? Que ferez-vous encore ?
16. Avez-vous du Sérum Oral à la maison ? Vérifier s'il y en a (Ou pouvez vous en trouvez ?)
17. Décrivez le mode de préparation du SRO en sachet et mode de du SRO maison.

Guide d'entretien Membre Plateforme/Commission Santé

1. Quel votre rôle par rapport aux activités de prise en charge et de prévention du choléra ?
2. Comment est votre relation avec le comité de gestion technique
3. Comment auriez qualifié les résultats projet de lutte contre le cholera (Volet préventif et Curatif ? (Satisfaisant- Non Satisfaisant)
4. D'après vous quel est l'attitude de la communauté par rapports aux services de sante offerts dans les dispensaires/UTC. Est –elle satisfaite ?
5. Comment auriez vous qualifie l'attitude de la communauté face a l'approche d'InterAide qui veut une participation communautaire active dans tous ses projets.

Pérennité des activités

6. Comment les activités se poursuivent après la fin du projet (Désengagement d'Inter Aide?)
7. Quels sont les défis que vous rencontrez pour poursuivre les activités (comme? (ce que vous voulez et ne serez pas en mesure de soutenir avec les ressources actuelles).
8. Pensez-vous que vous allez continuer à fonctionner ?

Leçons apprises/Recommandations

1. Que pourrait-on faire différemment pour mieux atteindre les résultats escomptés.
2. Si vous deviez poursuivre la collaboration avec Inter-Aide dans le cadre du projet cholera, quelles activités auriez vous absolument maintenus ?
3. Que feriez-vous différemment ?
4. Qu'est que vous auriez arrêté ?

Capacité de mobilisation des ressources ?

Guide d'entretien Prestataire de Santé

Formation/Connaissance

1. Aviez-vous reçu une formation sur le choléra ? Si oui, quelle entité avait organisé la formation ?
2. Quelles sont les compétences / connaissances avez-vous appris de ces formations?
3. À votre avis, de quelle utilité sont ces formations pour vous?
4. Avez-vous été en mesure d'utiliser toutes les compétences / connaissances dans votre travail actuel?
5. Décrire la prise en charge d'un cas de cholera

Qualité de la prise en charge (UTC)

6. Existe-t-il des directives / protocoles/ schémas opérationnel ou autres documents d'orientation pour l'accueil et la prise en charge du cholera dans les UTC (Voir le matériel)
 - *Ces directives/ schémas opérationnels donnent-ils des informations claires sur la façon d'évaluer le niveau de déshydratation et sur le protocole de traitement à appliquer en fonction de l'état du malade.*
7. Y-a-t-il un stock d'urgence rapidement mobilisables pour les fournitures de base. Les unités de traitement du choléra, outre les fournitures nécessaires pour soigner les malades, ont besoin de fournitures spéciales (seaux, lits pour patients cholériques, désinfectants, gants en caoutchouc, etc.) Y-a-t-il du chlore ?
8. Quels sont les mesures d'hygiène à appliquer pour éviter la contamination ?
9. Des recommandations ont-elles été faites concernant les pratiques funéraires (assemblées de personnes assistant à des obsèques, toilette rituelle du cadavre ou cérémonies funéraires) ?

Gestion de stock du matériel d'urgence

10. Les besoins en matériel d'urgence sont ils évalués. Si oui, en utilisant quelle information.

Pérennité des activités

11. Quels plans avez-vous pour poursuivre les activités après la fin du projet?
12. Quels sont les défis que vous rencontrer pour poursuivre les activités (comme la formation, le suivi et la surveillance)? (ce que vous voulez et ne serez pas en mesure de soutenir avec les ressources actuelles).
13. Pensez-vous que vous pourrez continuer à fonctionner ?

Guide d'entretien Agents de Santé et Coordonateur préventif

Formation

1. Aviez-vous reçu une formation sur le cholera ?
2. Si oui, quelle entité avait organisé la formation ? et Quand ?
3. Quelles sont les compétences / connaissances avez-vous appris de ces formations?
4. À votre avis, de quelle utilité sont ces formations pour vous?
5. Avez-vous été en mesure d'utiliser toutes les compétences / connaissances dans votre travail actuel?
6. Si oui, quelles sont les compétences nouvelles que vous utilisez le plus?
7. Y a-t-il quelque chose qui vous empêche d'utiliser vos connaissances ?

Transmission et Prévention du cholera

8. D'après vous, quels sont les facteurs de risque du cholera (les situations qui mettent quelqu'un à risque d'attraper le cholera ? situations qui favorisent la transmission du cholera dans votre section communale/localité ?
9. Comment la communauté se protège du cholera ?
10. Des recommandations ont-elles été faites concernant les pratiques funéraires (assemblées de personnes assistant à des obsèques, toilette rituelle du cadavre ou cérémonies funéraires) ?
11. Quelles sont ces recommandations

Disponibilité et Utilisation du chlore et du SRO

12. Ou peut-on trouver le chlore dans la communauté ? Fabrication du SRO
13. Ou peut-on trouver du SRO dans la communauté ?

Pérennité des activités

14. Comment les activités se poursuivent après la fin du projet (Désengagement d'Inter Aide?
15. Quels sont les défis que vous rencontrez pour poursuivre les activités (comme la formation, le suivi et la surveillance)? (ce que vous voulez et ne serez pas en mesure de soutenir avec les ressources actuelles).
16. Pensez-vous que vous allez continuer à fonctionner ?

Leçons apprises/Recommandations

17. Que pourrait-on faire différemment pour mieux atteindre les résultats escomptés.
18. Si vous deviez poursuivre la collaboration avec Inter-Aide dans le cadre du projet cholera, quelles activités auriez vous absolument maintenus ?

Grille d'Observation des UTC

1. L'UTC est-elle organisée en ; Sélection et observation Hospitalisation Salle de convalescence pour le traitement SRO, Zone neutre (pour la cuisine, les stocks de matériel, etc.) ?	
2. Les malades atteints de choléra ont-ils été isolés des autres malades (et ont-ils utilisé des latrines séparées) ?	
3. Les parents des malades se lavent-ils les mains chaque fois qu'ils quittaient le centre ?	
4. Des mesures ont-elles été prises pour l'élimination hygiénique des excréments et des vomissures ? Y a-t-il des latrines spéciales, indépendantes des latrines utilisées par le reste des malades ou personnel, pour les malades atteints de choléra capables de marcher ?	
5. Des lits spécifiquement pour les patients ayant le choléra sont-ils disponibles ?	