****

**Kit de formation avancée des EIR**

**B9.3 Interview pour une radio communautaire**

**Guide du participant : consignes pour le directeur de la lutte contre la maladie/porte-parole du MS**



**Consignes**

Préparez les éléments de contenu pour la communication sur la maladie en utilisant les ressources suivantes :

* Aide-Mémoire Choléra (Annexe 1)
* Communiqué de presse 1 (Annex 2)
* Communiqué de presse 2 (Annex 3)

Concentrez-vous sur les questions suivantes :

* Qui ?
* Quoi ?
* Quand ?
* Où ?
* Comment ?
* Pourquoi ?
* Quels sont vos trois (3) messages clé ?
* Quel titre voudriez-vous voir publié dans le journal ?

**Annexes**

**Annexe 1: Aide-Mémoire Choléra**

Aide-mémoire, mars 2022

**Principaux faits**

* Le choléra est une maladie diarrhéique aiguë, dont on peut mourir en quelques heures en l’absence de traitement.
* La plupart des personnes infectées n’auront aucun symptôme ou que des symptômes bénins et peuvent être traitées avec succès avec des sels de réhydratation orale.
* Selon les études, on estime qu’il y a chaque année 1,3 à 4 millions de cas de choléra, et 21 000 à 143 000 décès dus à la maladie [1] dans le monde.
* La mise à disposition d’eau salubre et des services d’assainissement est primordiale pour lutter contre la transmission du choléra et d’autres maladies à transmission hydrique.
* Pour les cas graves, un traitement rapide par perfusion de liquide et d’antibiotiques par voie intraveineuse s’impose.
* Des vaccins anticholériques administrés par voie orale doivent être utilisés conjointement à l’amélioration de l’approvisionnement en eau et de l’assainissement pour limiter les flambées de choléra et favoriser la prévention dans les zones connues pour être à haut risque.

Le choléra est une infection diarrhéique aiguë provoquée par l’ingestion d’aliments ou d’eau contaminés par le bacille *Vibrio cholerae*. Le choléra reste à l’échelle mondiale une menace pour la santé publique et un indicateur de l’absence d’équité et d’un développement social insuffisant.

**Symptômes**

Le choléra est une maladie extrêmement virulente qui peut provoquer une diarrhée aqueuse aiguë sévère. Les symptômes apparaissent entre 12 heures et cinq jours après l’ingestion d’eau ou d’aliments contaminés.[2] Touchant les enfants comme les adultes, la maladie peut tuer en l’espace de quelques heures si aucun traitement n’est administré.

La plupart des sujets infectés par *V. cholerae* ne manifestent aucun symptôme, bien que le bacille soit présent dans leurs selles pendant 1 à 10 jours après l’infection et soit éliminé dans l’environnement, où il peut potentiellement infecter d’autres personnes.

Pour les personnes qui manifestent des symptômes, ceux-ci restent bénins à modérés dans la majorité des cas, tandis que chez une minorité de malades, une diarrhée aqueuse aiguë, s’accompagnant de déshydratation sévère, se développe. En l’absence de traitement, elle peut entraîner la mort.

**Historique**

Au cours du XIXe siècle, le choléra s’est répandu dans le monde entier à partir de son réservoir initial, dans le delta du Gange, en Inde. Les six pandémies qui ont eu lieu par la suite ont tué des millions de personnes sur tous les continents. La pandémie actuelle (la septième) a démarré en Asie du Sud, en 1961, a atteint l’Afrique en 1971, puis les Amériques en 1991. Le choléra est désormais endémique dans de nombreux pays.

**Souches de *Vibrio cholerae***

Il existe de nombreux sérogroupes de *V. cholerae* mais 2 sérogroupes seulement, O1 et O139, sont à l’origine des flambées épidémiques. La majorité des flambées récentes sont dues à *V. cholerae*O1, tandis que O139, identifié pour la première fois au Bangladesh en 1992, a provoqué des flambées dans le passé, mais n’est désormais plus identifié que dans des cas sporadiques et demeure confiné à l’Asie. La maladie causée par les deux sérogroupes reste la même.

**Épidémiologie, facteurs de risque et charge de morbidité**

Le choléra peut être endémique ou épidémique. Une région d’endémie du choléra est une zone où des cas de choléra confirmés ont été détectés pendant trois des cinq dernières années, une transmission locale étant établie (ce qui signifie que les cas ne sont pas importés). Une flambée/épidémie peut survenir tant dans les pays d’endémie que dans ceux où le choléra ne sévit pas habituellement.

Dans les pays d’endémie, une flambée peut être saisonnière ou sporadique et le terme désigne un nombre de cas supérieur aux attentes. Dans un pays qui n’est généralement pas touché par la maladie, on entend par « flambée » la survenue d’au moins un cas confirmé de choléra, la transmission locale étant attestée dans une zone où le choléra n’est habituellement pas présent.

Il existe un lien étroit entre la transmission du choléra et un accès inadapté à l’eau potable et à des installations d’assainissement. Typiquement, les endroits à risque comprennent les bidonvilles périurbains, ainsi que les camps pour personnes déplacées à l’intérieur du pays ou les réfugiés.

Les crises humanitaires, qui ont notamment pour conséquence l’interruption des systèmes d’approvisionnement en eau et d’assainissement et les déplacements de populations dans des camps mal équipés et surpeuplés, peuvent augmenter le risque de transmission du choléra, si jamais le bacille est présent ou s’il est introduit. Il n’a jamais été fait état d’épidémie à partir de cadavres de personnes non infectées.

Le nombre de cas de choléra notifiés à l’OMS est resté élevé au cours des dernières années. En 2020, 323 369 cas et 857 décès ont été notifiés dans 24 pays.[3] L’écart entre ces chiffres et l’estimation de la charge de morbidité vient du fait que de nombreux cas ne sont pas recensés en raison des limitations des systèmes de surveillance et des craintes de répercussions négatives sur le commerce et le tourisme.

**Prévention et lutte**

Une démarche portant sur plusieurs fronts est essentielle pour combattre le choléra et faire baisser la mortalité. Les mesures utilisées associent la surveillance, l’amélioration de l’approvisionnement en eau, de l’assainissement et de l’hygiène, la mobilisation sociale, le traitement de la maladie et les vaccins anticholériques oraux.

**Surveillance**

La surveillance du choléra devrait faire partie d’un système intégré de surveillance des maladies prévoyant le retour d’informations au niveau local et des échanges à l’échelle mondiale.

Les cas de choléra sont détectés sur la base d’un diagnostic clinique présomptif chez les patients qui présentent une diarrhée aqueuse aiguë sévère. La présomption est ensuite confirmée par l’identification de *V. cholerae* dans les échantillons de selles provenant des patients touchés. La détection peut être facilitée par l’utilisation de tests de diagnostic rapide, l’alerte étant déclenchée si un ou plusieurs échantillons sont positifs pour le choléra. Les échantillons sont envoyés dans un laboratoire pour confirmation par culture bactérienne ou par test PCR. Les capacités locales permettant de détecter (diagnostiquer) et de suivre (collecter, compiler et analyser les données) les cas de choléra sont essentielles pour garantir l’efficacité du système de surveillance et planifier des mesures de lutte.

Il est conseillé aux pays touchés par le choléra de renforcer la surveillance de la maladie et la préparation nationale pour détecter rapidement d’éventuelles flambées et intervenir. En application du Règlement sanitaire international (2005), la notification de tous les cas de choléra n’est plus obligatoire. Néanmoins, les événements de santé publique impliquant cette maladie doivent toujours être évalués au regard des critères énoncés dans le Règlement (annexe 2 du RSI, instrument de décision) pour déterminer si une notification officielle est nécessaire.

**Interventions dans les domaines de l’eau et de l’assainissement**

À longue échéance, la solution pour endiguer le choléra passera par le développement économique et l’accès universel à l’eau potable et à des services d’assainissement. Les mesures visant les conditions environnementales consistent notamment à appliquer des solutions durables à long terme pour l’approvisionnement en eau, l’assainissement et l’hygiène dans les zones sous tension pour le choléra. Outre le choléra, ces interventions sont aussi de nature à prévenir un large éventail d’autres maladies à transmission hydrique et contribuent à atteindre les objectifs en matière d’éducation et de lutte contre la pauvreté et la malnutrition. Les solutions pour l’approvisionnement en eau, l’assainissement et l’hygiène en lien avec le choléra s’inscrivent dans la lignée de ce que prévoient les objectifs de développement durable (ODD 6).

**Traitement**

Le choléra est une maladie facile à traiter. On peut guérir la majorité des sujets atteints en leur administrant rapidement des sels de réhydratation orale (SRO). Le sachet standard de SRO OMS/UNICEF est à dissoudre dans 1 litre (l) d’eau potable. Jusqu’à 6 litres de SRO peuvent être nécessaires pour traiter une déshydratation modérée chez un patient adulte le premier jour.

Les patients gravement déshydratés présentent un risque de choc et l’administration rapide de liquide par voie intraveineuse s’impose. Ces patients reçoivent également des antibiotiques adaptés pour raccourcir la durée de la diarrhée, diminuer les quantités de liquide de réhydratation nécessaires et écourter la durée de l’excrétion des bacilles de *V. cholerae* dans leurs selles.

On ne recommande pas l’administration de masse d’antibiotiques, car elle n’a aucun effet avéré sur la propagation de la maladie et pourrait favoriser la résistance aux antimicrobiens.

L’accès rapide au traitement est essentiel lors d’une flambée de choléra. La réhydratation orale doit être disponible dans les communautés et pas uniquement dans des centres de soins plus importants qui pourront à tout moment proposer des perfusions intraveineuses et une prise en charge. Avec une prise en charge rapide et adaptée, le taux de létalité devrait se maintenir en dessous de 1 %.

Le zinc est un important traitement d’appoint chez l’enfant de moins de 5 ans. Il réduit aussi la durée d’une diarrhée et peut prévenir des épisodes ultérieurs de diarrhée aqueuse aiguë due à d’autres causes.

Il convient aussi d’encourager l’allaitement maternel.

**Mobilisation communautaire**

La mobilisation communautaire consiste à faire participer les personnes et les communautés dans l’élaboration et la mise en œuvre des programmes. Les pratiques culturelles et croyances locales jouent un rôle clé pour promouvoir l’adoption de règles d’hygiène appropriées, comme le lavage des mains au savon, la préparation et la conservation sans danger des aliments et l’élimination en toute sécurité des selles des enfants. Les pratiques funéraires doivent être adaptées pour les personnes qui décèdent du choléra afin de prévenir l’infection parmi les participants aux cérémonies.

La mobilisation communautaire se poursuit tout au long de la riposte aux épidémies en renforçant la communication sur les risques potentiels, sur les symptômes du choléra, sur les précautions à prendre pour se protéger contre la maladie, sur la question de savoir quand et où notifier les cas, ainsi que sur la nécessité de consulter immédiatement lorsque les symptômes apparaissent. Les communautés devraient prendre part à l’élaboration des programmes en vue de répondre aux besoins, s’agissant notamment de déterminer quand et où solliciter un traitement.

**Vaccins anticholériques oraux**

Il existe actuellement 3 vaccins anticholériques oraux (VCO) préqualifiés par l’OMS : Dukoral®, Shanchol™, et Euvichol®5. Pour les 3 vaccins, 2 doses doivent être administrées pour obtenir une protection complète.[4]

Dukoral® est administré avec une solution tampon qui nécessite, pour les adultes, 150 ml d’eau potable. Dukoral® peut être donné à toute personne de plus de 2 ans. Les deux doses doivent être administrées dans un intervalle de 7 jours au minimum et de 6 semaines au maximum. Une troisième dose est nécessaire chez l’enfant de 2 à 5 ans. Dukoral® est principalement utilisé chez les voyageurs. Deux doses de Dukoral® confèrent une protection anticholérique pendant deux ans.

La composition de Shanchol™ et d’Euvichol® est la même, mais ces vaccins sont produits par deux fabricants distincts. Leur administration ne requiert pas de solution tampon. Ils peuvent être donnés à toute personne de plus d’un an. Il doit y avoir un délai minimum de deux semaines entre chacune des deux doses de ces deux vaccins. Deux doses de Shanchol™ et d’Euvichol® confèrent une protection anticholérique pendant 3 ans, une dose unique assurant une protection à court terme.

La préqualification de Shanchol™ permet son utilisation dans le cadre d’une chaîne à température contrôlée, une démarche innovante de gestion des vaccins permettant de les garder en dehors des températures habituelles de la chaîne du froid, de +2°C à +8°C, pendant une durée limitée et dans des conditions surveillées et contrôlées.

Pour plus d’informations sur la chaîne à température contrôlée, voir (en anglais) : https://www.who.int/immunization/programmes\_systems/supply\_chain/ctc/en/

Shanchol™ et Euvichol® sont les vaccins actuellement disponibles pour les campagnes de vaccination de masse par l’intermédiaire du stock mondial de VCO et avec le soutien de Gavi, l’Alliance du vaccin.

Sur la base des données disponibles, la note de synthèse de l’OMS d’août 2017 sur les vaccins anticholériques [5] dispose :

* que les VCO doivent être utilisés dans les zones où le choléra est endémique, lors de crises humanitaires associées à un risque élevé de choléra et pendant les flambées épidémiques de choléra ; et que la vaccination doit toujours être mise en œuvre parallèlement à d’autres stratégies de lutte contre la maladie.
* La vaccination ne doit pas perturber la mise en œuvre d’autres interventions de santé hautement prioritaires destinées à prévenir ou à combattre des flambées épidémiques de choléra.

Plus de 100 millions de doses de VCO ont été administrées dans des campagnes de vaccination de masse mises en place dans des zones confrontées à une flambée, des régions plus vulnérables du fait d’une crise humanitaire et auprès de groupes vivant dans des zones de forte endémie, qu’on appelle les « points chauds ».

**Annexe 2: Communiqué de presse 1**

Le pays X souffre de la pire épidémie de choléra dans l’histoire mondiale récente. Cette épidémie est due à une déficience dans le traitement des ordures dans deux villages. La souche du virus se serait répandue dans la rivière, dont l’eau est utilisée pour laver, cuisiner et boire dans une grande partie du pays.

[Le plan](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20326&Itemid=270&lang=en) prévoit des étapes de court, moyen et long terme en trois phases, chacune avec des objectifs spécifiques, dans le but de dépasser la crise actuelle et d’améliorer considérablement le système des eaux et du traitement des eaux dans le pays X pour prévenir de futures catastrophes. Deux ans plus tard, seulement 9,5% du budget a été réuni, et les formations planifiées n’ont pas été réalisées. De plus, les médicaments pour la prise en charge des malades connaissent fréquemment des ruptures.

Durant les deux premières années d’action contre l’épidémie de choléra, seulement 2,5% du budget d’urgence choléra, ont été gérés par la Direction Nationale de l’Eau Potable et de l’Assainissement haïtienne (DINEPA).

Sans financement adéquat à la disposition du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et d’autres agences, l’épidémie de choléra continue de tuer les personnes les plus vulnérables, particulièrement les enfants de moins de 05 ans. À la date du 15 décembre 2013, plus de 695 cas ont été notifiés et 1 décès constaté dans un des 2 villages les plus touchés.

Le Ministère de la santé a lancé un appel aux partenaires afin qu’ils viennent en aide au pays. Il leur est demandé de :

1. Mobiliser les états membres, les donateurs non-habituels, et d’autres acteurs internationaux pour financer entièrement les 10 ans, trois phases et 2,27 milliards de dollars du Plan National pour l’Élimination du Choléra.
2. Assurer que les Nations Unies implémentent les recommandations faites par le groupe d’experts indépendants :
3. Dépistage du choléra pour le personnel des Nations Unies et les Secours venant des zones pandémiques.
4. Vaccinations et traitements antibiotiques pour le personnel des Nations Unies assigné aux Urgences.
5. Traitement local de tous les déchets dans les installations des Nations Unies à travers le monde pour neutraliser les pathogènes dangereux comme le vibrio cholerae.

Pour plus d’informations veuillez contacter le chargé de communication du ministère de la Santé Téléphone (220 4455 87 243)

**Annexe 3: Communiqué de presse 2**

# L’ASSOCIATION NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE CRAINT DE NOUVELLES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA

*À la veille du début de la saison des pluies dans le pays X, l’Association nationale de santé publique lance un cri d’alerte : compte tenu de la mauvaise qualité de l'eau et des conditions sanitaires, une augmentation des cas de choléra est à craindre.*

Si le nombre de patients soignés dans le centre de traitement du choléra de l'hôpital régional reste stable, l'association appelle à améliorer dans les plus brefs délais les services d'assainissement afin d'éviter une nouvelle poussée épidémique.

2 566 patients ont été admis à l'hôpital régional depuis le mois de juillet 2015. 39 personnes n'ont pas survécu à la maladie. Aujourd'hui, de nombreuses sources d'eau sont à sec. La zone manque de structures d'évacuation des déchets humains. Dans ces conditions, l'épidémie risque fortement de connaître un nouveau regain.

« L’épidémie de choléra qui frappe le pays depuis plus d'un an est loin d'être terminée », explique Charles D, président de l’Association. « Le nombre de patients a diminué, mais les pluies qui s'annoncent en mars et en avril raviveront certainement l'épidémie. Sans mesures énergiques immédiates et sans investissements conséquents sur le long terme, nous risquons fort d'assister à une multiplication des cas de choléra dans un avenir proche. »

Peu après le début de l'épidémie, les partenaires ont déployé des équipes d'urgence, composées notamment de personnel local et international. Une campagne de promotion de la santé a été menée aux côtés du département de santé publique du comté du comité local et des kits de purification de l'eau à 5 728 familles ont été distribués. En décembre, lorsque la pluie a entraîné une multiplication des cas, les équipes du centre de traitement du choléra mis en place au sein de l'hôpital régional ont été renforcées. Depuis le début de l'épidémie de choléra au pays X, fin 2014, le ministère de la Santé publique a enregistré plus de 10 000 cas dans le pays.

**À propos du choléra**

Une fois que les personnes sont infectées par de l’eau ou des aliments contaminés, le choléra se propage rapidement. Cette propagation est accélérée par de mauvaises pratiques d’hygiène et un assainissement insuffisant. Le choléra peut être traité de manière simple et efficace en remplaçant au plus vite les fluides et les sels perdus lors des vomissements et de la diarrhée. Les patients atteints de choléra sont toujours traités avec des solutions de réhydratation orale et des antibiotiques. Les cas plus graves nécessiteront une réhydratation par perfusion intraveineuse.

Pour plus d’informations : Contact (229) 634 24 56 47

|  |
| --- |
| **Clause de non-responsabilité**  **Plateforme d’apprentissage de l’OMS sur la sécurité sanitaire – Supports de formation**  Les présents supports de formation sont la propriété de © l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2022. Tous droits réservés.  Votre utilisation des présents supports est soumise aux conditions d’utilisation de la « [Plateforme d’apprentissage de l’OMS sur la sécurité sanitaire – Supports de formation](https://extranet.who.int/hslp/?q=content/terms-use) », que vous avez acceptées en les téléchargeant, et qui sont disponibles sur la Plateforme d’apprentissage sur la sécurité sanitaire à l’adresse suivante : <https://extranet.who.int/hslp>.  En cas d’adaptation, de modification, de traduction ou de toute autre révision du contenu de ces documents, vous ne devez pas laisser entendre que l’OMS est affiliée de quelque manière que ce soit à ces modifications, et vous ne devez pas utiliser le nom ni l’emblème de l’OMS dans les documents ainsi modifiés.  Si vous adaptez, modifiez, traduisez ou révisez de toute autre manière que ce soit le contenu de ces documents, vous devez en citer la source en indiquant la mention suivante : « Ces supports de formation sont une version modifiée du Kit de formation avancée des Equipes d’Intervention Rapide (disponible à l’adresse suivante : <https://extranet.who.int/hslp/>), lequel est la propriété de © l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2022, et sont utilisés avec l’autorisation de l’OMS. L’OMS décline toute responsabilité en cas de modification ou de révision des documents de l’OMS protégés par le droit d’auteur. »  En outre, nous vous invitons à informer l’OMS de toute modification de ces documents utilisés à des fins publiques, d’archivage ou de formation continue, en envoyant un courrier électronique à l’adresse suivante : [ihrhrt@who.int](mailto:ihrhrt@who.int). ​ |