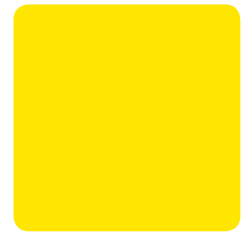
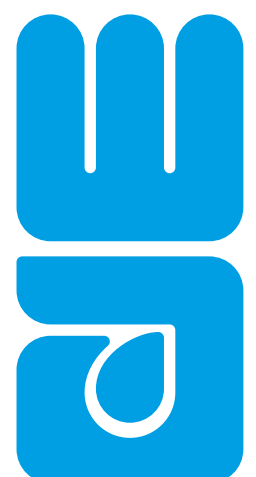


Maladie ancienne, nouvelle menace : éradiquer le choléra



Mettre à profit les améliorations durables de l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène pour éradiquer le choléra

WaterAid/Chileshe Chanda



WaterAid

Le choléra est une maladie inégalitaire, révélatrice de mauvaises conditions de vie où l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) font souvent défaut. La publication *Maladie ancienne, nouvelle menace*, parue en février 2020, avait pour objectif de mettre en lumière cette maladie du passé qui menace encore aujourd'hui les populations les plus vulnérables.

La communauté internationale est actuellement confrontée à la pandémie de COVID-19, qui a exacerbé de nombreux aspects des inégalités, que ce soit sur le plan économique, entre les hommes et les femmes, ou au niveau de la qualité des soins et de l'accès aux services EAH. Les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaissent l'importance de l'hygiène des mains en tant que première ligne de défense contre la COVID-19. Cette mesure a également toujours été essentielle dans la prévention d'autres maladies, notamment du choléra. Le moment est venu d'agir résolument en faveur du secteur EAH afin de renforcer la résilience face aux crises sanitaires sans laisser personne de côté.



Recommandations

- Les gouvernements des pays les plus touchés doivent faire du choléra une priorité de santé publique et piloter aux plus hauts niveaux le renforcement des plateformes de coordination des différents acteurs, afin de mener des actions multisectorielles de lutte contre la maladie.
- Les pays régulièrement touchés par des épidémies de choléra doivent mettre à jour leurs plans nationaux, conformément à la nouvelle feuille de route mondiale pour l'éradication du choléra.
- Les gouvernements et leurs partenaires doivent en outre renforcer les systèmes de données et identifier les populations les plus vulnérables, ce qui leur permettra de cibler de mieux en mieux les zones à haut risque dans le cadre d'interventions prioritaires et intégrées de lutte contre le choléra.
- Dans les pays touchés par le choléra, le secteur EAH doit accorder la priorité aux zones constituant des foyers à haut risque de choléra et en faire la cible de ses actions d'amélioration des services EAH durables à long terme.
- Les gouvernements ne doivent pas se contenter de mesures d'urgence dans le cadre de la lutte contre le choléra : il leur faut élaborer des plans qui comprennent des améliorations à long terme du système EAH.
- Les acteurs du secteur EAH devraient participer à l'élaboration des plans de lutte contre le choléra et jouer un rôle actif dans les plateformes et les réunions régulières de coordination aux niveaux national, provincial et local.
- Les budgets de prévention et de lutte contre le choléra doivent tenir compte des coûts liés à l'amélioration des infrastructures et des comportements relatifs à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène.
- Tous les plans nationaux doivent comporter un cadre de mise en œuvre détaillé, indiquant les activités, les cibles et les indicateurs principaux, assortis de calendriers spécifiques.

Table des matières



Introduction	4
Objectif de l'étude	5
Méthodologie	5
Résultats	6
Caractéristiques des plans	8
Première partie : Environnement propice aux actions multisectorielles	9
a) Volontarisme politique et coordination	9
b) Harmonisation avec la feuille de route mondiale <i>Ending Cholera – A Global Roadmap to 2030</i> (Mettre fin au choléra : feuille de route mondiale jusqu'à 2030)	10
c) Identification des foyers à haut risque de choléra	10
Recommandations	11
Étude de cas : Direction et financement du Plan global d'éradication du choléra de la Zambie (2018/19-2027/28)	12
Deuxième partie : Intégration des composantes EAH dans la prévention et la lutte contre le choléra	13
a) Prestation de services EAH durables et complets	13
b) Rôle des acteurs du secteur EAH dans la prévention et la lutte contre le choléra	14
c) Budget alloué aux interventions relatives au secteur EAH	15
d) Intégration d'interventions relatives au secteur EAH dans les campagnes de vaccination anticholérique par voie orale	16
e) Cadre de mise en œuvre	16
Étude de cas : Participation du secteur EAH au Plan national d'action stratégique pour la lutte contre le choléra du Nigéria (2018-2023)	17
Conclusion	18
Remerciements	19
Références	19



Introduction

La persistance du choléra au XXI^e siècle est un triste rappel de l'ampleur des inégalités qui subsistent dans le monde, entre les pays et au sein de ces derniers, s'agissant de l'accès aux services EAH.

Intrinsèquement lié aux inégalités, le choléra est une maladie diarrhéique aiguë qui touche de manière disproportionnée les communautés les plus pauvres et les plus vulnérables, en particulier celles qui ne disposent pas d'un accès aux services EAH de base. Le nombre de cas de choléra dans le monde est en hausse : les épidémies, aggravées par le changement climatique, l'urbanisation, les migrations et les conflits, sont de plus en plus sévères et de plus en plus longues. En 2018, près de 500 000 cas, dont 3 000 mortels, ont été signalés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce chiffre sous-estime néanmoins grossièrement la charge de morbidité réelle du choléra, en raison des faiblesses des systèmes de surveillance et de l'absence de données officielles concernant certains pays¹. En effet, les estimations des chercheurs suggèrent que le nombre de cas serait bien plus élevé : il y aurait 2,9 millions de cas par an dans le monde, dont 95 000 mortels².

Contrairement à un grand nombre de maladies, les épidémies de choléra sont souvent prévisibles et tout à fait évitables. Le choléra survient généralement dans des zones géographiques relativement restreintes, appelées « foyers à haut risque », où il persiste ou bien réapparaît régulièrement*. Par exemple, en Afrique subsaharienne, la charge de morbidité du choléra est concentrée à 90 % dans les foyers à haut risque, qui représentent environ 4 % de la population totale³. Ainsi, l'éradication du choléra est un objectif qui peut être atteint grâce à des efforts concertés d'amélioration de l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène menés parallèlement à d'autres interventions

essentielles de lutte contre le choléra centrées sur les foyers à haut risque.

En réponse à la menace de plus en plus importante pour la santé publique que représente le choléra, le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) a publié une nouvelle feuille de route pour l'éradication du choléra d'ici à 2030. Ses objectifs sont de réduire de 90 % le nombre de décès liés au choléra et d'éradiquer la maladie dans 20 pays, au bas mot⁴.

La nouvelle feuille de route mondiale pour l'éradication du choléra d'ici à 2030 comporte trois axes interconnectés :

1. Détection précoce et réaction rapide afin de contenir les épidémies.
2. Approche multisectorielle ciblée visant à prévenir le retour du choléra.
3. Mécanisme efficace de coordination du soutien technique, des actions de plaidoyer, de la mobilisation des ressources et des partenariats aux niveaux local et mondial.

La mise en œuvre d'une intervention multisectorielle coordonnée aux niveaux national et infranational est essentielle à la réalisation des objectifs de la feuille de route mondiale. Jusqu'à présent, la lutte contre le choléra était traditionnellement centrée sur des interventions à court terme en réponse aux épidémies, qui n'accordaient pas assez d'attention à la prévention à long terme, notamment au caractère prioritaire de l'amélioration des services EAH durables.

*Définitions liées à la lutte contre le choléra, GTFCC : les foyers à haut risque de choléra sont des zones limitées géographiquement (par exemple une ville, une région administrative ou une circonscription hospitalière) où le contexte environnemental, culturel et socioéconomique favorise la transmission du virus, conduisant ainsi à la persistance ou à la résurgence fréquente de la maladie. Ces foyers jouent un rôle crucial dans la propagation du choléra vers d'autres zones (GTFCC).



WaterAid/Mani Karmacharya

Objectif de l'étude

Deux ans après la publication de la feuille de route mondiale, il est important de comprendre les progrès réalisés en vue de sa mise en œuvre au niveau national dans les pays fortement touchés afin de définir les lacunes, les difficultés et les mesures prioritaires.

La présente étude vise ainsi à analyser dans quelle mesure les plans, existants comme nouveaux (notamment les plans nationaux de lutte contre le choléra, les stratégies de prévention et de lutte et, en l'absence de plans nationaux de lutte contre le choléra, les plans de préparation et d'intervention) permettent la mise en place d'une approche multisectorielle pour l'éradication du choléra. L'analyse porte plus particulièrement sur deux aspects de ce processus : d'une part, l'environnement propice indispensable à l'adoption d'une approche multisectorielle entre le secteur de la santé, le secteur EAH et d'autres secteurs ; d'autre part, le degré de priorité accordé à l'amélioration des services EAH durables à long terme et le niveau d'intégration des mesures d'amélioration à la lutte contre le choléra.

Méthodologie

L'étude a analysé les plans nationaux des pays touchés par la maladie où l'organisation WaterAid est active, afin de déterminer dans quelle mesure les actions relatives au secteur EAH sont intégrées aux autres interventions de lutte contre le choléra et coordonnées avec celles-ci. L'analyse des plans s'est appuyée sur neuf critères liés au secteur EAH et quatre critères relatifs à l'environnement propice dans son ensemble ainsi qu'à la volonté politique nécessaire pour mener et appuyer une intervention multisectorielle. Au total, 13 plans, dont des plans nationaux de lutte contre le choléra, des stratégies de prévention et de lutte, ainsi que des plans de préparation et d'intervention, ont été analysés. Ils ont ensuite été notés selon une échelle de couleurs pour chacun des 13 critères. Le vert signifie « oui » ou « bien intégré » et le jaune « partiellement », tandis que le rouge indique que des progrès sont encore nécessaires.

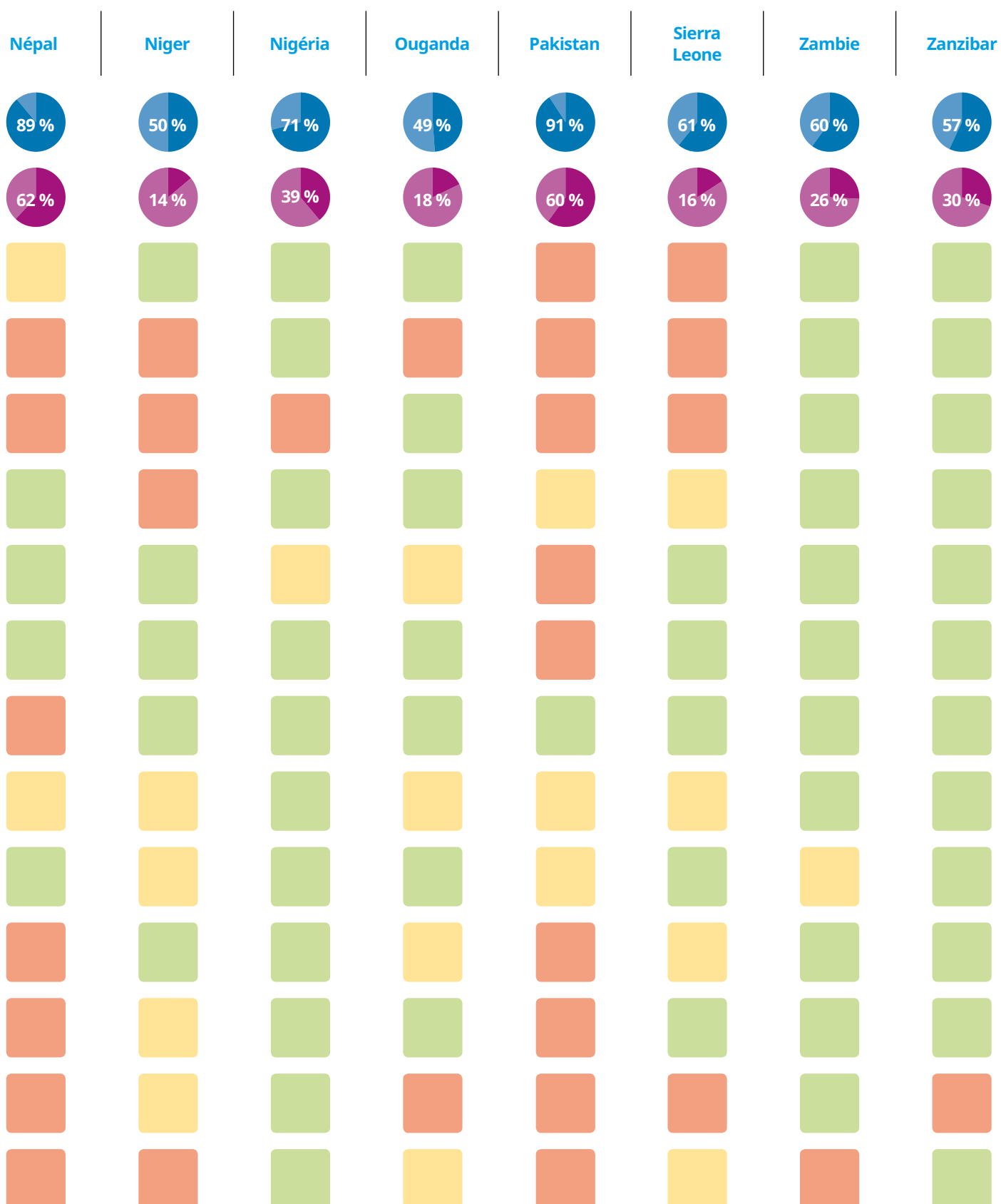
Résultats

Critères*	Pays	Bangladesh	Ghana	Malawi	Mali	Mozambique
Accès au moins élémentaire à l'eau potable						
Accès à une installation d'assainissement au moins élémentaire						
Identification des foyers à haut risque/des populations vulnérables						
Harmonisation du plan avec la feuille de route mondiale du GTFCC pour la lutte contre le choléra						
Direction de la lutte contre le choléra par le cabinet du président/du Premier ministre						
Existence d'une coordination multisectorielle et multipartite de la lutte contre les maladies infectieuses						
Participation des ministères liés au secteur EAH au groupe de travail national sur le choléra/aux structures de coordination						
Prise en compte du secteur EAH dans les analyses de contexte/situationnelles						
Présence d'un objectif EAH parmi les objectifs globaux/principaux du plan						
Intégration d'interventions EAH complètes						
Définition des rôles et des responsabilités concernant le secteur EAH						
Prise en compte des indicateurs et des cibles du secteur EAH						
Prise en compte du budget du secteur EAH						
Définition d'approches intégrant les problématiques EAH et la vaccination anticholérique par voie orale						
Présence d'un plan de mise en œuvre détaillé						

*La liste des plans nationaux de lutte contre le choléra étudiés figure à la page 8.

Légendes

- Plan bien intégré
- Plan partiellement intégré
- Plan à améliorer
- Inconnu/informations insuffisantes



Caractéristiques des plans

Des différences dans l'épidémiologie du choléra ont conduit à l'élaboration de deux grandes catégories de plans de lutte contre la maladie : certains sont centrés sur la réaction aux épidémies et la préparation aux urgences (par exemple les plans du Ghana et du Mozambique), tandis que d'autres portent plutôt sur la prévention du choléra à long terme et son éradication (par exemple les plans de la Zambie et de Zanzibar). Sur les 13 pays considérés lors de l'analyse, quatre (le Ghana, le Mozambique, le Népal et le Pakistan) avaient des plans de réaction aux épidémies, les neuf autres disposant de plans de prévention complets à plus long terme.

Tous les pays étudiés ont été régulièrement touchés par des épidémies de choléra récurrentes durant de nombreuses années. Cette situation laisse penser que ces pays devraient mettre en place des plans à plus long terme, transcendant les mesures indispensables de réaction à court terme et comprenant les actions, les cadres et les mécanismes nécessaires à la planification et à la mise en œuvre d'approches durables à long terme pour la prévention du choléra. Conformément aux trois axes de la feuille de route mondiale, ces plans à long terme doivent comporter une partie consacrée à la réaction aux épidémies, qui s'inscrit dans une stratégie plus globale visant à prévenir la récurrence de la maladie, et présenter les mécanismes de coordination nécessaires à l'adoption d'une approche multisectorielle complète.

Plans de lutte contre le choléra évalués

Bangladesh : *Plan national de lutte contre le choléra 2019-2030 du Bangladesh – projet (juin 2019).*

Ghana : *Procédures opérationnelles normalisées pour la prévention et la lutte contre le choléra au Ghana – projet (deuxième édition, avril 2016).*

Malawi : *Plan national de prévention et de lutte contre le choléra – troisième version du projet (2017).*

Mali : *Plan national triennal de prévention et de riposte contre le choléra et les autres maladies diarrhéiques, 2013-2015.*

Mozambique : *Plan multisectoriel d'intervention en cas d'urgence – choléra, 2017.*

Népal : *Plan national de préparation et de réaction aux épidémies aiguës de gastroentérite et de choléra au Népal, juillet 2017 à juillet 2022.*

Niger : *Plan stratégique multisectoriel d'élimination du choléra au Niger 2015-2019.*

Nigéria : *Plan national d'action stratégique pour la lutte contre le choléra (2018-2023) – troisième version du projet.*

Ouganda : *Plan national intégré et global de prévention et de lutte contre le choléra (2017/18-2021/22).*

Pakistan : *Proposition d'intervention d'urgence en cas d'épidémie de choléra au Pakistan (août-décembre 2010).*

Sierra Leone : *Plan multisectoriel pluriannuel de préparation et de lutte contre le choléra (2013-2017).*

Zambie : *Plan global d'éradication du choléra (2018/19-2027/28).*

Zanzibar : *Plan global d'éradication du choléra de Zanzibar (ZACCEP), 2018-2027.*

Première partie : Environnement propice aux actions multisectorielles

L'adoption d'une approche multisectorielle de lutte contre le choléra repose sur un ensemble de fonctions et de structures interdépendantes, qui soutiennent les ministères, les organismes publics et les partenaires extérieurs du secteur EAH et des autres secteurs concernés, notamment ceux de la santé et de l'éducation, dans leurs activités de planification, de mise en œuvre, de suivi, d'évaluation et d'analyse.

Quatre des 13 critères sont liés à l'environnement propice à la lutte contre le choléra dans son ensemble : ils portent sur le volontarisme politique, la coordination multisectorielle, l'harmonisation avec la feuille de route mondiale sur la lutte contre le choléra, ainsi que l'identification et la priorisation des foyers à haut risque.



a) Volontarisme politique et coordination

Dans la plupart des pays étudiés (10 sur 13), c'est le ministère de la Santé qui mène la lutte contre le choléra, secondé par différents secteurs, notamment le secteur EAH, qui participent à des plateformes de coordination multisectorielle et à des groupes de travail sur le choléra. Dans quelques pays, plus précisément au Bangladesh et en Ouganda, des mécanismes de coordination dépendant d'autorités infranationales ont été explicitement mentionnés. Cette décentralisation de la coordination joue un rôle essentiel en faveur de la mise en œuvre efficace d'approches multisectorielles⁵ : elle aide à transformer les politiques nationales en actions concrètes à l'échelle locale. Cependant, la présente analyse n'a pas permis de déterminer l'efficacité de ces structures de coordination ni de vérifier si le secteur EAH y participait activement. Ainsi, par exemple, le plan du Nigéria affirme que la participation du secteur EAH aux réunions de coordination à tous les niveaux est insuffisante, et le plan de l'Ouganda souligne l'insuffisance de la coordination et de la priorisation des interventions préventives dans la plupart des zones touchées par le choléra, où l'on constate une présence aux réunions faible et irrégulière ainsi qu'un manque de suivi. Par conséquent, le secteur de la santé se retrouve souvent seul aux commandes de la lutte contre le choléra, alors que sa capacité à organiser des actions de prévention à long terme sans participation active des autres secteurs et acteurs clés est limitée.





La mise en place de mesures d'incitation à une participation significative du secteur EAH se présente sous de mauvais auspices dans de nombreux pays, étant donné que le choléra n'est pas toujours reconnu comme « un problème lié au secteur EAH », qu'il existe des priorités concurrentes, et que les capacités, le temps et les ressources pouvant être consacrés à une participation active sont limités. La manière de surmonter ces difficultés dépend du contexte. Cependant, il est probable que des efforts combinés soient nécessaires pour mobiliser et impliquer le secteur EAH. Il faudrait par exemple faire intervenir le secteur EAH au début de la planification de la lutte contre le choléra, afin de garantir son intérêt, et charger de la lutte contre le choléra des instances politiques d'un rang plus élevé, capables de rassembler les ministères et de demander des actions coordonnées. La position du mécanisme de coordination national peut donner des indications concernant la volonté politique réelle d'un gouvernement en matière de lutte contre le choléra, ainsi que sa capacité à coordonner efficacement les différents acteurs : un placement à un plus haut niveau politique le rend plus susceptible de soutenir des actions transversales⁵. Une communication et un partage d'informations réguliers, permettant de comprendre les priorités et les indicateurs de réussite des différents secteurs et acteurs clés, seraient certainement utiles en vue de la mise en place de nouvelles approches conjointes.

b) Harmonisation avec la feuille de route mondiale *Ending Cholera – A Global Roadmap to 2030*⁴ (Mettre fin au choléra : feuille de route mondiale jusqu'à 2030)

La feuille de route mondiale pour l'éradication du choléra publiée en 2017 constitue un cadre important pour guider les gouvernements et leurs partenaires afin de lutter efficacement contre le choléra et de l'éradiquer d'ici à 2030. Quatre des 13 plans nationaux analysés sont conformes à la feuille de route mondiale et respectent ses trois axes. Plusieurs des autres plans ont été élaborés avant 2017 ou sont des plans d'intervention plutôt que de prévention et de lutte contre la maladie, ce qui rend l'évaluation un peu moins directe. Il est toutefois utile d'évaluer les progrès accomplis par ces 13 pays pour mettre à jour leurs plans, assurer l'intégration et la coordination du secteur EAH ainsi que prendre en compte les recommandations, données, directives et normes les plus récentes du GTFCC et de ses partenaires.

c) Identification des foyers à haut risque de choléra

D'après les résultats de l'analyse, les pays dotés de plans de lutte contre le choléra à long terme (le Bangladesh, le Malawi, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, la Zambie et Zanzibar) ont en général identifié les foyers à haut risque sur lesquels centrer leurs interventions multisectorielles, tandis que les plans de réaction aux crises recensent rarement les foyers à risque. L'identification des populations et des communautés les plus vulnérables permet de mieux définir les priorités et de mieux répartir les ressources limitées⁴, ce qui renforce l'efficacité des programmes de lutte contre le choléra. Elle aide également à orienter l'aide internationale et à définir ses priorités. Cette approche par « foyers à haut risque » nécessite néanmoins des améliorations au niveau des systèmes de données et de surveillance, afin de collecter les données relatives au choléra de manière fiable et de communiquer ces données officiellement à l'OMS. En outre, l'utilisation des données du secteur de la santé, par exemple la prise en compte des épidémies de choléra pour définir les cibles et les priorités des investissements dans le secteur EAH, pourrait permettre de surmonter certaines des difficultés liées à l'absence de données localisées relatives au secteur EAH dans la plupart des pays étudiés.

Recommandations

- Les gouvernements des pays les plus touchés doivent faire du choléra une priorité en matière de santé publique et diriger aux plus hauts niveaux le renforcement des plateformes de coordination des différents acteurs, afin de mener des actions multisectorielles de lutte contre la maladie.
- Les pays régulièrement touchés par des épidémies de choléra doivent mettre à jour leurs plans, conformément à la nouvelle feuille de route mondiale pour l'éradication du choléra, en accordant l'attention et les ressources nécessaires aux approches préventives à long terme, qui doivent tenir compte du secteur EAH.
- Les gouvernements et leurs partenaires doivent en outre consolider les systèmes de données et identifier les populations les plus vulnérables, ce qui leur permettra de cibler de mieux en mieux les foyers à haut risque dans le cadre d'interventions prioritaires et intégrées de lutte contre le choléra.
- Dans les pays touchés par le choléra, le secteur EAH doit accorder la priorité aux foyers à haut risque et en faire la cible d'améliorations des services EAH durables à long terme : en effet, ces mesures contribueraient de manière significative à la réduction du choléra, tout en améliorant grandement la santé et la nutrition et en réduisant les inégalités en matière d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène.



WaterAid/Dennis Lupenga



Étude de cas : Direction et financement du Plan global d'éradication du choléra de la Zambie (2018/19-2027/28)

En 2018, le gouvernement de la Zambie, représenté par son ministère de la Santé, a lancé en partenariat avec le gouvernement d'Haïti une campagne ambitieuse pour élever la priorité accordée au choléra dans le programme mondial relatif à la santé, en parrainant une nouvelle résolution dans le cadre de la 71^e Assemblée mondiale de la Santé. Il a également commencé au même moment à réviser et à mettre à jour son plan afin de l'harmoniser avec la nouvelle feuille de route mondiale pour l'éradication du choléra.



L'engagement politique notable du ministère de la Santé et du cabinet du vice-président a ainsi permis l'élaboration d'un plan complet, qui réunit tous les secteurs concernés. Ce plan est particulièrement bien noté, car il comporte une large gamme d'interventions relatives au secteur EAH, assorties d'un budget détaillé, qui met en lumière les contributions des différents ministères et partenaires ainsi que les principales lacunes en matière de financement.

Il apparaît clairement que ce plan a été élaboré de manière participative et inclusive, en s'appuyant sur un large consensus au sujet de la nécessité de faire du choléra une priorité de santé publique. Cependant, il n'a pas pu être mis en œuvre de manière efficace en raison de difficultés de direction et de coordination, ainsi que du manque de modalités clairement définies de financement du plan, en particulier de ses composantes EAH, lesquelles représentent une part significative du budget total.

WaterAid Zambie a récemment évalué l'état de mise en œuvre du plan à partir d'entretiens menés avec les informateurs principaux liés aux acteurs des différents secteurs concernés. Cet examen met en lumière les prochaines étapes à suivre et présente des recommandations destinées au gouvernement, notamment : 1) réaliser une consultation portant sur la structure de gouvernance du plan ; 2) élever au rang de priorité la nomination de coordinateurs dans les ministères concernés et clarifier les rôles lors de la mise en œuvre ; 3) élaborer une stratégie de mobilisation des ressources pour financer le plan ; 4) veiller à harmoniser le plan avec les autres plans et stratégies du gouvernement.

Source : WaterAid Zambie (2019). Examen du plan multipartite d'éradication du choléra de la Zambie (2019-2025). À paraître.

Deuxième partie : Intégration des composantes EAH dans la prévention et la lutte contre le choléra

Cela fait plus d'un siècle que l'on reconnaît l'importance du secteur EAH dans la prévention et la lutte contre le choléra. Les plans nationaux en tiennent généralement compte : ils comprennent des mesures relatives au secteur EAH et présentent une analyse situationnelle et de contexte dans les 13 pays étudiés. Cependant, le degré de priorité accordé au secteur EAH varie considérablement d'un plan à l'autre. Il peut ainsi faire partie des objectifs principaux, être l'objet d'interventions complètes figurant dans le plan, bénéficier d'un budget dédié, ou voir les rôles et les responsabilités des acteurs du secteur clairement définis.

a) Prestation de services EAH durables et complets

La mise en place de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène durables et complets est la seule solution à même d'éradiquer définitivement le choléra, tous contextes confondus. Pour ce faire, des efforts sont nécessaires à tous les niveaux afin d'améliorer la gouvernance, la coordination, la planification, le suivi, le financement et la redevabilité du secteur EAH. L'amélioration de ces services parallèlement à d'autres interventions de contrôle du choléra passe par la mise en œuvre de mesures élémentaires durant les épidémies et la planification d'approches plus durables à long terme dans les foyers à haut risque.

La majorité des plans accordent une certaine attention à l'amélioration de l'ensemble des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Cependant, rares sont ceux qui portent sur toutes les composantes (l'eau, l'assainissement, le lavage des mains et l'hygiène alimentaire) dans différents contextes (les foyers, les communautés et les institutions). Ainsi, certains des plans se concentrent presque uniquement sur la fourniture d'eau salubre durant les épidémies. Le plan du Népal comporte des interventions majeures en matière d'eau et d'hygiène, mais ne prête pas grande attention à l'assainissement. De même, les plans du Niger et du Pakistan ne prennent pas en charge l'amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les institutions clés, par exemple les établissements de santé et les écoles.



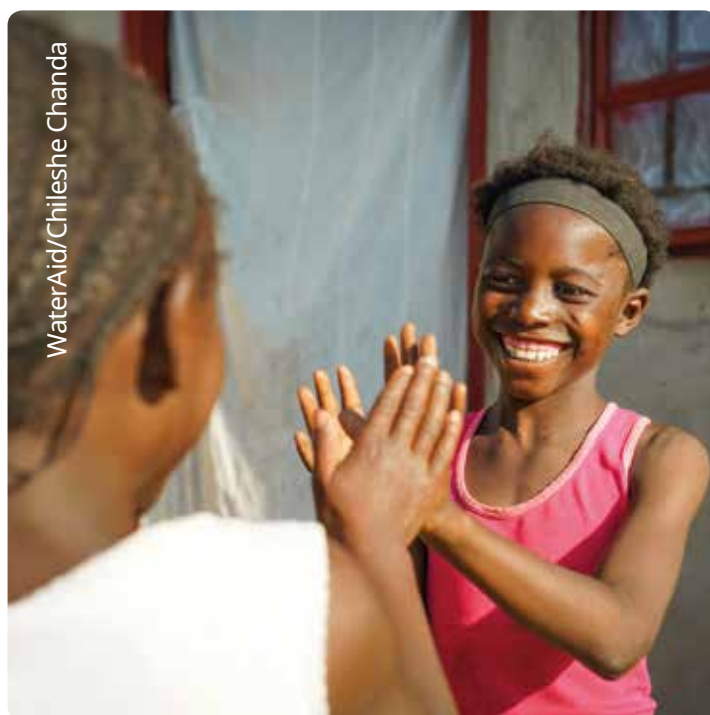
Les maladies telles que le choléra ne sévissent pas que dans les foyers : elles peuvent en réalité se propager très rapidement dans les lieux publics. Des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène adéquats dans les établissements de santé et les centres de traitement du choléra sont indispensables pour la prestation de soins de qualité ainsi que la prévention et le contrôle des infections⁶. Néanmoins, seuls cinq pays (le Bangladesh, le Ghana, le Mozambique, le Népal et la Zambie) mentionnent explicitement des interventions destinées à améliorer ces services dans les établissements de santé et les centres de traitement du choléra. Ce type d'interventions doit être inclus dans les initiatives visant à renforcer les systèmes de santé, en vue d'améliorer non seulement les infrastructures, mais aussi les comportements en matière d'hygiène et de renforcer l'environnement propice nécessaire au suivi et à la coordination avec le secteur EAH, qui joue un rôle crucial en faveur de la qualité des soins et de la prévention et la lutte contre les infections.

Par ailleurs, la plupart des plans favorisent les solutions à court terme et les mesures de lutte contre la maladie en cas d'épidémie, en ignorant les approches à plus long terme ou encore la question essentielle des infrastructures. À titre d'exemple, les plans du Ghana et du Malawi mentionnent plusieurs actions spécifiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (désinfecter les toilettes, chlorer les réservoirs de stockage de l'eau, traiter l'eau utilisée dans un contexte domestique) mais ne prévoient aucune amélioration des infrastructures EAH dans leur ensemble. Tant que tous les aspects de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ne seront pas pris en compte et qu'un renforcement des systèmes à long terme ne sera pas mené parallèlement aux mesures de lutte immédiate, la durabilité de la prévention et de la lutte contre le choléra ne pourra pas être assurée. Davantage d'efforts sont nécessaires afin de cerner les actions et interventions devant faire l'objet d'une priorité accrue en vue de passer peu à peu de services EAH « de base » à des services « gérés en toute sécurité » dans les communautés les plus vulnérables. Pour ce faire, il faut adopter une approche plus globale et plus complète, qui tienne compte des différentes voies de transmission de la maladie, notamment l'alimentation et l'eau, et qui comporte des interventions conçues pour couvrir au moins 80 % de la population à risque. Cet objectif ne pourra être atteint que grâce à des investissements en faveur des systèmes EAH publics et au renforcement de ces systèmes, notamment de leurs capacités, leur coordination, leur planification et leur financement, afin d'assurer la continuité des services dans le temps⁷.

b) Rôle des acteurs du secteur EAH dans la prévention et la lutte contre le choléra

Contrairement à celui des acteurs du secteur de la santé, le rôle des acteurs du secteur EAH dans la prévention et la lutte contre le choléra est rarement détaillé dans les plans. Ainsi, près de la moitié des plans analysés ne mentionnaient pas explicitement les acteurs du secteur EAH, ne précisait pas leur rôle ou le définissaient mal. La plupart des plans ont pâti d'un manque de clarté quant à l'identité du responsable de la mise en œuvre des différentes mesures relatives au secteur EAH, ainsi que d'une certaine confusion concernant la répartition des activités conjointes entre les différents acteurs du secteur et leur coordination avec les autres acteurs et organismes.

Par exemple, dans le plan du Pakistan, l'eau, l'assainissement et l'hygiène sont présentés comme une composante essentielle du contrôle de l'environnement, et des mesures liées au secteur EAH sont mentionnées. Cependant, le rôle des acteurs du secteur (ministères de l'Eau et de l'Assainissement, services publics locaux) dans les interventions n'est pas défini. Les modalités de leur participation restent ainsi obscures. Le plan du Bangladesh rappelle que le Bureau de l'Éducation est responsable de la promotion de l'hygiène à l'échelle nationale. Le ministère des Autorités locales est chargé de toutes les autres questions liées au secteur EAH, mais l'identité des responsables de chaque composante du secteur n'est pas mentionnée. De même, si le plan du Népal répertorie les actions et les responsabilités



associées au secteur EAH, il arrive fréquemment que plusieurs organismes soient responsables de la même intervention, et les modalités de la répartition ou de la coordination des activités entre ces organismes ne sont pas clairement indiquées.

Parmi les autres lacunes figurent la non-attribution de la responsabilité de la mise en œuvre des activités relatives au secteur EAH allant au-delà des interventions immédiates de lutte contre le choléra, ainsi que le flou entourant le partage des responsabilités entre les niveaux national, provincial/des districts et local. Dans le plan du Mozambique, les responsabilités du secteur EAH sont bien définies en ce qui concerne les interventions urgentes, mais aucune mesure à long terme dépendant du ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène n'est prévue. En Zambie, le plan mentionne le secteur EAH, mais sans suffisamment détailler les différentes activités liées au secteur et sans préciser leur échelon (national, provincial ou local) ni les organismes publics, ministères ou partenaires extérieurs chargés de leur mise en œuvre.

En l'absence de définition claire du rôle des acteurs du secteur EAH, les actions liées au secteur risquent d'être reléguées à un rang de priorité moindre, car les organismes centrés sur la santé responsables des plans pourraient manquer d'expérience pour les réaliser, ou juger qu'elles ne s'inscrivent pas dans le cadre de leur mission. La confusion régnant autour des différents rôles nuit également à l'efficacité de la coordination des différents secteurs et acteurs, et pourrait constituer un obstacle à la réussite globale des interventions de lutte contre le choléra pilotées par le secteur de la santé. Pour toutes ces raisons, il est essentiel de faire participer les acteurs du secteur EAH à l'élaboration de ces plans et de les considérer comme des acteurs clés pour leur mise en œuvre.

c) Budget alloué aux interventions relatives au secteur EAH

La prévention et la lutte exhaustives contre le choléra constituent un investissement rentable. En effet, elles permettent de réduire les frais de santé, de gagner du temps grâce à un meilleur accès à l'eau et aux installations d'assainissement, et diminuent l'incidence d'autres maladies liées à l'eau, à l'assainissement ou à l'hygiène. Des analyses récentes ont montré que le fait de cibler les interventions relatives au secteur EAH sur les foyers à haut risque de choléra multipliait par plus de deux leur rentabilité concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène, de 4 dollars É.-U.⁸ à 10 dollars É.-U.⁹ pour chaque dollar É.-U. investi.



L'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène constitue une part essentielle de la lutte contre la maladie, mais induit des coûts importants, qu'il faut prendre en compte et inclure dans les budgets. Quelles que soient les ambitions d'un plan, aucun progrès ne sera accompli en l'absence de financements adéquats. Les plans analysés accordaient des budgets très différents aux actions relatives au secteur EAH. En effet, parmi les plans détaillant le financement alloué à ces actions, celui-ci représentait entre 14 % (dans le plan du Mozambique) et 68 % (dans le plan de la Zambie) du budget total. Certains plans, dont celui du Mozambique, ne financent que les mesures urgentes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. D'autres, comme celui du Bangladesh, se concentrent sur l'amélioration de ces services à domicile, en négligeant de les financer dans les établissements de santé. En outre, alors que de nombreux plans indiquent le budget global consacré au secteur EAH, rares sont ceux qui expliquent en détail comment ces fonds seront dépensés et d'où ils proviennent. Enfin, quatre pays (le Ghana, le Malawi, le Népal et le Pakistan) n'ont mentionné aucun budget pour les interventions relatives au secteur EAH dans leurs plans.



WaterAid/Chileshe Chanda

d) Intégration d'interventions relatives au secteur EAH dans les campagnes de vaccination anticholérique par voie orale

Seuls trois pays (le Bangladesh, le Nigéria et la Zambie) ont proposé des activités concernant à la fois le secteur EAH et la vaccination anticholérique par voie orale. Le recours croissant à ce type de vaccin dans les zones où le choléra s'avère endémique est l'occasion de lier efficacement les mesures relatives à la santé et les interventions cruciales en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène nécessaires pour la prévention et la lutte contre la maladie à long terme. La promotion des comportements essentiels en matière d'hygiène avant, pendant et après la vaccination est particulièrement importante pour garantir une lutte tous azimuts contre la maladie, qui aidera à renforcer les approches préventives à long terme, efficaces une fois la durée de la protection vaccinale (trois ans) écoulée. En outre, des données et des expériences de plus en plus nombreuses suggèrent que l'intégration des interventions relatives au secteur EAH aux campagnes de vaccination pourrait accroître le recours à la vaccination¹⁰, mais aussi améliorer l'efficacité des vaccins dans les zones fortement touchées par des infections entériques, qui nuiraient à l'immunogénicité des vaccins oraux¹¹.

e) Cadre de mise en œuvre

À l'exception du Malawi, du Mali, du Nigéria et de Zanzibar, les pays étudiés ne disposaient pas d'un cadre de mise en œuvre détaillé des activités prioritaires, assorti de calendriers spécifiques, de cibles, d'indicateurs et de budgets précis, définissant les rôles et les responsabilités. L'absence d'un tel cadre pourrait constituer un obstacle à la mise en œuvre adéquate des plans, mais aussi d'une procédure systématique pour assurer le suivi des progrès par rapport au calendrier fixé et, si nécessaire, pour adapter et modifier les approches. Il existe une documentation volumineuse au sujet des incohérences entre les politiques, les plans et les directives et de leur mise en œuvre¹², en particulier lorsqu'ils concernent plusieurs acteurs issus de différents ministères et organismes publics. Les plans nationaux bénéficieraient de l'élaboration de cadres de mise en œuvre détaillés, décrivant les rôles et responsabilités liés à chaque activité ou domaine prioritaire et définissant clairement leur calendrier et leurs cibles.

Étude de cas : Participation du secteur EAH au Plan national d'action stratégique pour la lutte contre le choléra du Nigéria (2018-2023)

Le gouvernement du Nigéria a récemment publié un nouveau plan national d'action stratégique pour la lutte contre le choléra (2018-2023), aligné sur les trois axes stratégiques de la feuille de route mondiale pour l'éradication du choléra. Ce plan explique clairement le rôle du secteur EAH dans la réalisation de ses objectifs. En outre, il inclut des interventions complètes – aussi bien dans le cadre du premier axe, relatif à la réaction aux crises, que dans le cadre du deuxième axe, relatif à la prévention à long terme – centrées à la fois sur les infrastructures et sur la promotion de l'hygiène.

Par rapport aux critères évalués lors de l'analyse, le plan du Nigéria est l'un des meilleurs plans étudiés. C'est en particulier l'un des rares à disposer d'un cadre de mise en œuvre détaillé comportant des informations précises relatives à la mise en œuvre et détaillant les zones visées, les cibles et le calendrier. Le Centre nigérien pour la lutte contre les maladies et l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires sont responsables de la direction et de la coordination de la lutte contre le choléra. Des propositions ont par ailleurs été formulées concernant la mise en place de plateformes regroupant différents acteurs dans les régions à haut risque de choléra. Le secteur EAH est présenté comme l'un des acteurs clés, mais le plan souligne que sa participation aux réunions de coordination à tous les niveaux est actuellement insuffisante. Ce problème doit être résolu le plus

vite possible, afin que le secteur EAH puisse jouer un rôle plus actif dans les plateformes réunissant les acteurs aux niveaux national et local, ce qui garantira la coordination et la durabilité des actions relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, lesquelles constituent la seule solution de prévention du choléra à long terme.

WaterAid Nigéria s'efforce d'encourager la participation du secteur EAH et de soutenir sa coordination avec le secteur de la santé en matière de lutte contre le choléra dans l'État de Bauchi, où la maladie est présente depuis de nombreuses années. Cependant, le plan national doit encore être transformé en un plan d'action concret au niveau étatique qui définisse clairement le rôle et les responsabilités des différents acteurs en vue d'encourager les progrès et sa mise en œuvre.



Conclusion

La publication de la nouvelle feuille de route mondiale pour l'éradication du choléra en 2017 renouvelle la dynamique en faveur de l'éradication de cette maladie ancienne et réactive les efforts accomplis en ce sens. Alors même que des solutions sont connues depuis plus d'un siècle, personne ne peut se résoudre à la persistance de cas de choléra, dont certains mortels, au XXI^e siècle. En outre, les interventions ciblant les foyers à haut risque pourraient non seulement éradiquer le choléra, mais aussi constituer une approche pertinente pour attribuer les ressources limitées aux personnes qui en ont le plus besoin, en contribuant ainsi de manière efficace et équitable à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD). Alors que le monde entre dans la dernière décennie pour atteindre les ODD, il est essentiel de trouver de nouvelles méthodes de travail et d'améliorer la collaboration entre les différents secteurs et acteurs. Les gouvernements et leurs partenaires doivent dès maintenant garantir une place centrale au secteur EAH dans les efforts de prévention et de lutte contre le choléra. C'est ainsi que l'on pourra envisager l'éradication de la maladie et accélérer les progrès dans de nombreux domaines du développement durable.



Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Megan Wilson-Jones (WaterAid Royaume-Uni) et Danielle Zielinski (WaterAid America), avec l'aide de Julie Littlefield et de Sophie Aujean. Nous aimerions remercier Helen Hamilton, Chitimbwa Chifunda, Dimuna Mwanza, Gerald Ogoko, Blessing Sani et Wandoo Akosu pour leurs contributions et leurs commentaires.

Références

- ¹OMS (2019). *Relevé épidémiologique hebdomadaire : Choléra, 2018*. Disponible à l'adresse suivante : extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/330003/WER9448-eng-fre.pdf?ua=1 (dernière consultation le 29 novembre 2019).
- ²Ali, M., *et al.* (2015). « Updated Global Burden of Cholera in Endemic Countries ». *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol. 9, n° 6 : e0003832, doi : 10.1371/journal.pntd.0003832. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455997/pdf/pntd.0003832.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455997/pdf/pntd.0003832.pdf) (dernière consultation le 3 décembre 2019).
- ³Lessler, J., *et al.* (2018). « Mapping the burden of cholera in sub-Saharan Africa and implications for control: an analysis of data across geographical scales ». *The Lancet*, vol. 391, 1908-1915, doi : 10.1016/S0140-6736(17)33050-7. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)33050-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)33050-7/fulltext) (dernière consultation le 10 décembre 2019).
- ⁴OMS (2017). *Ending Cholera – A Global Roadmap to 2030*. Disponible (en anglais) à l'adresse : [who.int/cholera/publications/global-roadmap/en/](https://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap/en/) (dernière consultation le 10 décembre 2019).
- ⁵Programme des Nations Unies pour le développement (2017). *Institutional and coordination mechanisms. Guidance note on facilitating integration and coherence for SDG implementation*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2478Institutional_Coordination_Mechanisms_GuidanceNote.pdf (dernière consultation le 17 décembre 2019).
- ⁶GTFCC (2019). *Technical note: Water, Sanitation and Hygiene and Infection Prevention and Control in Cholera Treatment Structures, January 2019*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : [who.int/cholera/task_force/technical-note-WASH-IPC-CTCCTU-2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/cholera/task_force/technical-note-WASH-IPC-CTCCTU-2019.pdf?ua=1) (dernière consultation le 17 décembre 2019).
- ⁷WaterAid (2017). *Découpler les performances du secteur : vers l'accès universel à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène. Note de réflexion*. Disponible à l'adresse suivante : <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Decoupler%20les%20performances%20du%20secteur.pdf> (dernière consultation le 17 décembre 2019).
- ⁸OMS (2012). *Global costs and benefits of drinking-water supply and sanitation interventions to reach the MDG target and universal coverage*. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/globalcosts.pdf (dernière consultation le 10 décembre 2019).
- ⁹Hutton, G. (2019). Manuscrit en cours de rédaction [Source : communication personnelle avec le secrétariat du GTFCC, novembre 2019].
- ¹⁰OMS (2018). *Travailler ensemble : un guide de ressources pour l'intégration des services de vaccination tout au long de la vie*. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311551/9789242514735-fre.pdf> (dernière consultation le 17 décembre 2019).
- ¹¹Desai, S., *et al.* (2014). « Maximising protection from use of oral cholera vaccines in developing country settings. An immunological review of oral cholera vaccines ». *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 10, n° 6. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : doi.org/10.4161/hv.29199 (dernière consultation le 17 décembre 2019).
- ¹²Hudson, B., *et al.* (2018). « Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? » *Policy Design and Practice*, vol. 2, n° 1. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : doi.org/10.1080/25741292.2018.1540378 (dernière consultation le 17 décembre 2019).



WaterAid/Drik Picture Library Limited/Farzana Hossen

WaterAid est une organisation caritative enregistrée :

Australie : ABN 99 700 687 141.

Canada : 119288934 RR0001.

Inde : U85100DL2010NPL200169.

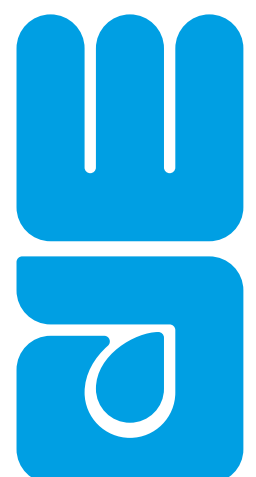
Suède : N° org. : 802426-1268, PG : 90 01 62-9, BG : 900-1629.

Japon : 特定非営利活動法人ウォーターエイドジャパン

(認定NPO法人) WaterAid Japon est un organisme à but non lucratif agréé.

Royaume-Uni : 288701 (Angleterre et Pays de Galles) et SC039479 (Écosse).

États-Unis : WaterAid America est une organisation sans but lucratif de statut 501(c) (3).



WaterAid