A propos de la pochette

La préparation et rédaction ont été effectuées par le secrétariat de la plateforme choléra, s'appuyant sur une étude commandée par UNICEF en décembre 2014. Pour plus de renseignements, contacter le secrétariat de la plateforme choléra, le bureau régional UNICEF WCARO (section WASH) et le bureau pays UNICEF Bénin.

Remerciements : Le rapport présenté ici est le fruit d'un travail collectif réalisé par une équipe multisectorielle regroupant les membres du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Energie, de l'Eau et des Mines, l'UNICEF, l'OMS et autres partenaires clefs présents dans le pays. Il a été possible grâce au soutien de nombreuses personnes et collègues que nous remercions chaleureusement.

Pour approfondire le sujet

Les rapports suivants permettent de compléter l'analyse faite sur la situation épidémiologique au Niger et sur les actions à mettre en œuvre pour contribuer à l'élimination du choléra dans la Région.

- Rapport de capitalisation au sujet de l'épidémie de choléra au Tchad 2010, ACF et Université de Franche-Comté / CNRS / Unité mixte de recherche Chrono-Environnement. Jessica Dunoyer et Bertrand Sudre, 2011 (ACF)
- Le choléra au Tchad en 2011 et les stratégies d'intervention associées, ACF et Université de Franche-Comté / CNRS / Unité mixte de recherche Chrono-Environnement. Jessica Dunoyer et Bertrand Sudre, 2012 (ACF),
- Evaluation intégrée Eau Hygiène Assainissement et Epidémiologie dans les pays du bassin du lac Tchad, UNICEF et Université de Franche-Comté / CNRS / Unité mixte de recherche Chrono-Environnement. Pierre-Yves Ogier et Bertrand Sudre, 2011 (UNICEF),
- Anthropologie des modes de transmission du choléra aux frontières Tchado-Camerounaises, ACF, Estelle Kouokam Magne, 2011 (ACF),
- Etude des facteurs de récurrence des épidémies de choléra au Niger – Mission II : Etude de l'axe Diffa, Maradi Zinder – comprendre le fonctionnement pour ajuster les approches opérationnelles. Univ de Kinshasa. Didier Bompangue, Guy Moutombo et Annie Mutombo, 2014 (UNICEF),
- Fiches Epidémiologie Choléra et Réponse par pays,
- Evaluation intégrée WASH et Santé sur le choléra au Cameroun.

A propos de la plateforme choléra

La plateforme choléra régionale est un organe ad hoc de réflexion et de coordination réunissant les partenaires clefs des Groupes de Travail Régionaux Santé et WASH pour apporter la plus-value d'une vision régionale au suivi de la résurgence des épidémies de choléra dans la région et le cas échéant, contribuer à une meilleure efficience des activités de préparation et de réponse des différents partenaires dans les pays affectés pour limiter l'impact de ces épidémies.

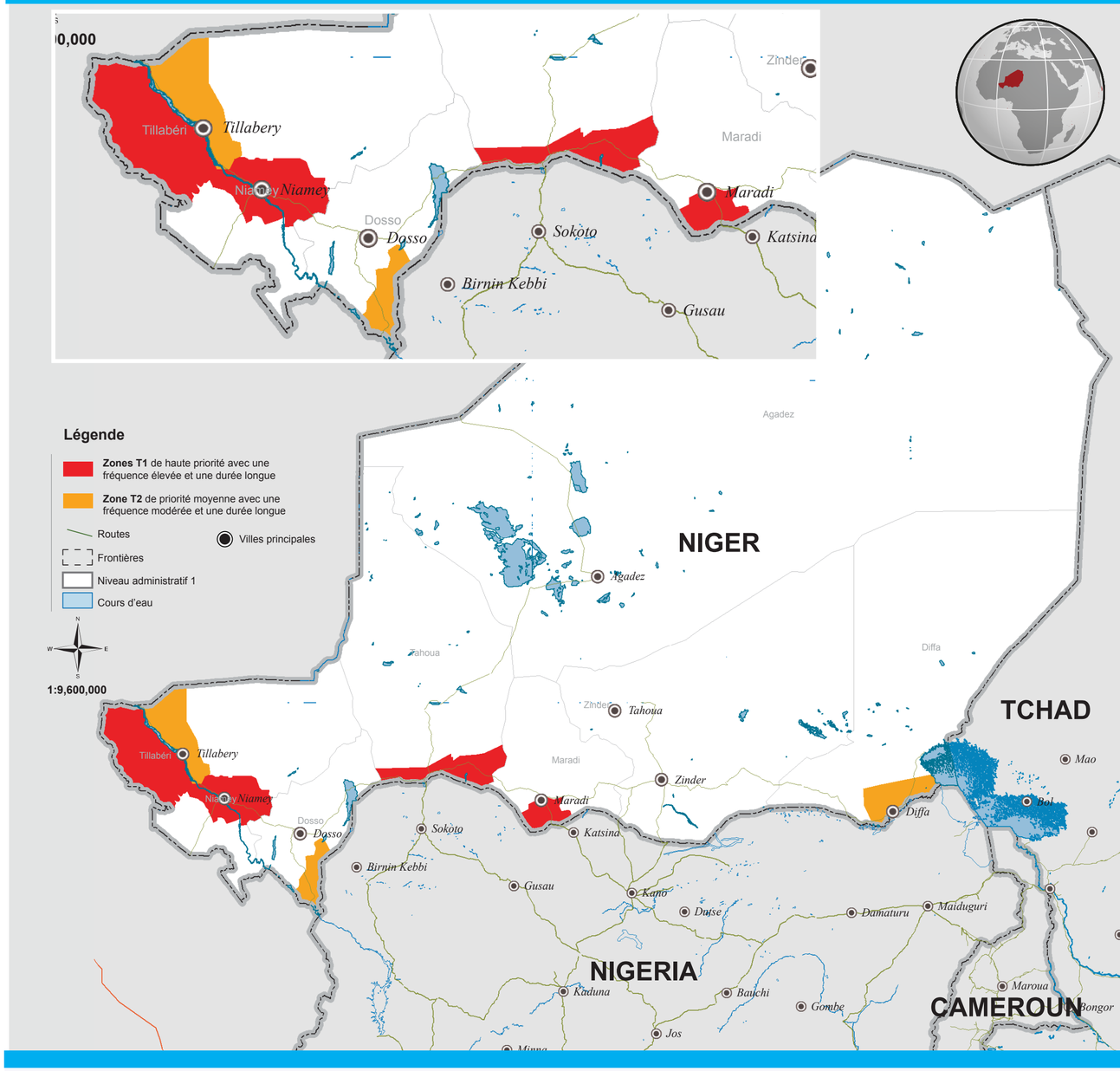
Venez consulter notre site internet www.plateformecholera.info pour retrouver les travaux de recherche et de capitalisation, les bulletins bimensuels sur les cas rapportés de choléra dans les pays de la région, la stratégie de réponse au choléra développée sur base de l'expérience et expertise des multiples acteurs de la plateforme, aussi appelée « bouclier et coup de poing ».

Cholera Plateform
Central and Western Africa

www.plateformecholera.info

contact@plateformecholera.info

Niger
Prévention du choléra
Actions pour la réduction du risque choléra



1,8 millions USD,
un budget estimatif pour la reduction du risque cholera au Niger.

Propositions issues d'une étude menée ciblant les communautés à haut risque choléra au Niger, régions sanitaires de Tillaberi, Tahoua et Maradi

Interventions

Ce dossier rassemble les fiches actions définies sur le contexte de transmission choléra dans les zones à plus haut risque. Une étude approfondie multisectorielle (Eau, Hygiène et Assainissement, et Santé) a été menée en 2014 pour définir des solutions adéquates liant réponse aux épidémies et programmes de développement. La programmation suivante est ainsi proposée, avec une série d'actions et/ou projets pour prévenir durablement le choléra. Le tableau ci-dessous présente les estimations budgétaires par résultat, ainsi que le nombre de bénéficiaires.

Objectifs d'interventions *(Cadre logique détaillé joint à la pochette)*	**Budget** *(USD $)*
O1. Les conditions sanitaires du site d'orpaillage du village de M'Banga sont améliorées.	180 000
O2. Les capacités de diagnostic et de prise en charge des Centres de Santé Intégrés (CSI) hotspots sont renforcées.	520 000
O3. Les CSI hotspots ont accès à l'électricité photovoltaïque et à l'eau par raccordement aux réseaux du village d'accueil.	80 000
O4. Les CSI prioritaires ont accès à un réseau de relais mobilisateurs en capacité de détecter/référer les éventuels cas de choléra et d'assurer des campagnes de promotion de l'hygiène.	240 000
O5. Les conditions sanitaires des marchés sont améliorées.	90 000
O6. Les conditions d'accès à l'eau sont améliorées dans les hotspots en quantité et en qualité et un plan de gestion durable des ouvrages est mis à disposition des communautés.	180 000
O7. Les conditions d'accès à l'assainissement sont améliorées dans les hotspots (Marketing social).	39 000
TOTAL[1]	**1 825 204**

[1] Ces coûts estimés portent uniquement sur l'opérationnel (et non les coûts de support et d'encadrement).

Identification des zone à haut risque (Cholera hotspots)

La valeur ajoutée de ce type d'étude repose sur une **meilleure compréhension des épidémies**, menant à la définition **d'actions ciblées efficientes sur les points stratégiques** pour une **réduction de l'incidence du choléra**.

Entités épidemiologiques	Districts sanitaires	Communauté cible	Typologie
Dargol	Kollo	*M'Banga*	**1**
Dargol	Téra	*Dargol*	**2**
Dargol	Téra	*Boura*	**2**
Dargol	Téra	*Sirfi Koira*	**2**
Dargol	Téra	*Diagourou*	**3**
Fleuve	Tillabéri	*Ayorou*	**1**
Fleuve	Tillabéri	*Diambala*	**2**
Fleuve	Tillabéri	*Sakoira*	**2**
Fleuve	Kollo	*Karma*	**2**
Fleuve	Kollo	*Koutoukele*	**2**
Haoussa / Konni	Galmi	*Guidan Makara*	**3**
Haoussa / Konni	Gounfara	*Gounfara*	**3**
Haoussa / Konni	Gounfara	*Kawara*	**3**
Haoussa / Madaoua	Madoua	*Toufafi*	**1**
Haoussa / Madaoua	Madoua	*Magaria*	**2**
Haoussa / Madarounfa	Madarounfa	*Maraka*	**1**
Haoussa / Madarounfa	Madarounfa	*Kontamaoua*	**1**
Haoussa / Madarounfa	Gabi	*Kankare*	**3**
Haoussa / Maradi	Maradi	*Zaria*	**1**

Typologie du risque :

1. Point d'entrée/direct, site de diffusion

2. zone secondaire , site de diffusion

3. Zone touchée indirectement ou au hasard, site de diffusion

[1]Analyse par rapport au risque choléra dans les zones étudiées

Fleuve Niger

(Kollo, Tillabéry, Téra, Rive droite du Niger)

- Ensemble sonrai,
- Localités le long du Dargol et le long de la route de Gotheye à Téra
- Même dynamique socioéconomique,
- Mode de vie rural,
- Inondations régulières

Dargol

(Téra le long de la route)

- Ensemble sonrai,
- Localités riveraines du fleuve,
- Inondations régulières

Sites d'orpaillage

(ex : Larba Touloumbou)

- Très forte mixité et mobilité internationale,
- Fort niveau d'insécurité,

Haoussa

(Konni, Madaoua, Maradi, Madarounfa)

- Très forte mixité et mobilité internationale,
- Fort niveau d'insécurité,

[1]Informations disponibles dans le rapport pour chacune des aires de santé (caractéristiques générales des hotspots,dynamique socio-économique et niveau d'accès aux services de soin, accès à l'eau : état des lieux, perspectives et difficultés techniques rencontrées, accès à l'assainissement, pratiques d'hygiène.

Une analyse du plan national de lutte contre le choléra ainsi que de la mise en place de la vaccination et des projets EHA (en cours ou prévus par les acteurs œuvrant dans le pays) a été réalisée afin de proposer des actions complémentaires et prioritaires.

[3]Vulnérabilités et capacités locales

Résumé des observations sur les vulnérabilités par rapport au risque choléra dans les zones étudiées (districts sanitaires de Tillaberi, Tahoua, Maradi)

Evaluation de 19 centre de sante integres (CSI)

Services de sante :

- Sur 11 des 19 sites visités, les communautés les plus affectées ont été celles qui hébergent un CSI car elles reçoivent les premiers cas, et ceci couplé à un déficit de diagnostic, d'isolement, de prise en charge et de gestion des décès engendre souvent la propagation au sein de la communauté hôte.
- Avoir un personnel expérimenté dans les CSI à haut risque a permis plusieurs fois une maîtrise diligente des premiers cas importés sans contamination secondaire locale. Plusieurs expériences mettent en évidence la mise en place de stratégie locale de prévention adaptée avec constitution d'un stock de contingence, une unité d'isolement et formation avec rafraîchissement régulier du personnel de santé et relais mobilisateurs.
- Stock d'urgence (Test de Diagnostic Rapide, Sels de Réhydratation Orale, pulvérisateurs, chlore, soluté Ringer) : 17 CSI ont moins de la moitié des articles nécessaires à la gestion des premiers cas ; 11 n'ont rien.
- Données épidémiologiques : dans 37% des CSI, les registres épidémiologiques n'étaient pas disponibles et lorsqu'ils l'étaient, ils révélaient souvent des problèmes de complétude concernant la bonne utilisation du registre, la qualité et la précision des données.
- L'archivage des rapports d'investigation et d'épidémie est très variable selon les sensibilités du personnel.
- Le maillage du service de santé progresse au Niger. D'anciennes cases de santé deviennent des CSI, ce qui renforce progressivement la couverture. Toutefois, il reste encore de grandes disparités selon les districts et de nombreux efforts et financements doivent être maintenus pour les rendre opérationnels.
- Le taux d'utilisation du service de soins est de 50% en moyenne (observation). Les activités des CSI sont principalement dédiées aux soins maternels et infantiles. Les consultations gratuites pour les moins de 5 ans représentent 75% des consultations réalisées. En conséquence, cela signifie que la population générale fréquente peu les CSI.
- Lors d'épidémies, une mobilisation importante et diversifiée est constatée de la part des autorités locales, du gouverneur, du préfet, de la mairie appuyant les services de santé et communautés en termes d'eau, matériel, personnel additionnel.

Eau, Hygiène et Assainissement :

Eau :

- Les épidémies successives ont attiré l'attention des divers projets d'infrastructures EAH sur les besoins à couvrir dans les villages à haut risque de choléra. En effet, plusieurs projets en cours ou terminés ont permis la réalisation de mini-réseaux d'approvisionnement en eau potable (AEP).
- Toutefois, l'exploitation des eaux souterraines pose problème dans la région de Tillaberi car l'eau produite par les forages est régulièrement saumâtre. Elle n'est pas appréciée par les populations qui sont réticentes à la boire.
- Par ailleurs, la région de Tillaberi est une zone de socle et malgré la prospection géophysique les fractures qui servent d'aquifères sont souvent sèches. Aussi, le taux d'échec des forages est de 50%.
- Sur les projets d'approvisionnement en eau par énergie solaire, problème constaté fréquemment de sous-dimensionnement des réseaux combiné à une croissance démographique importante.

Assainissement :

- le taux de couverture des latrines est de 0 à 80% (observation). Majoritairement les fosses sont ouvertes ce qui ne permet pas de rompre le cycle de contamination fécale. Les latrines améliorées ne représentent pas plus de 10% de couverture (source : chefs de village).
- Pour toutes les latrines à fosse (privées ou publiques), le problème de la vidange se pose.
- L'approche Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) est limitée en matière de méthodologie à de plus petits villages alors que les communautés à haut risque vivent plutôt dans de gros bourgs. Pour ces derniers, la mobilisation communautaire est plus difficile et l'intérêt privé prend le pas sur l'intérêt général. Toutefois, il n'est pas impossible de trouver une façon de dynamiser la construction de latrines et de limiter la défécation à l'air libre. Il y a aussi des nouvelles pistes à suivre avec l'Ecosan qui permet de valoriser les excrétas pour la fumure agricole.

Hygiène :

- Sur les personnes interviewées, très peu maitrisait la plupart des messages essentiels sur l'hygiène, le lavage des mains, le traitement de l'eau, l'origine de la diarrhée et la réhydratation des enfants.
- L'hygiène domestique est plutôt mauvaise, ainsi que l'hygiène collective avec les eaux usées qui sont déversées dans les rues des villages.
- Trois hotspots sont des carrefours commerciaux majeurs ; or ces marchés, lieux essentiels pour l'économie et la culture locale, ne disposent pas d'encadrement sanitaire. Sous responsabilité des mairies, ils sont totalement insalubres et il n'y a pas de règlement pour garantir un minimum d'hygiène notamment pour les denrées alimentaires.

[3].Les données exhaustives sont présentées dans le rapport avec un profil pour chaque localité visitée.