



**RAPPORT FINAL DE MISSION
CHOLERA
DEPARTEMENT DU NORD, HAITI**

Médecins Sans Frontières-Suisse (MSF-CH)

24 OCTOBRE 2010 – 20 OCTOBRE 2011

Laurence Desvignes
Adjointe coordinateur d'urgence 15 novembre 2010 au 31 mars 2011
Responsable Terrain 1^{er} avril au 20 octobre 2011
Cap-Haïtien

MSF-CH NORD EN CHIFFRES

Novembre 2010 – 17 septembre 2011

GENERAL	
Début des opérations	24 octobre 2010
Fin des opérations	30 septembre 2011 Fermeture bureau : 20 octobre 2011
MEDICAL & STRUCTURES	
Nombre total de structures mises en place ou soutenues par MSF-CH	5 CTC, 17 CTU, 7 CS 108 ORPs
Nombre total de patients traités dans le Nord	39,960 (collecté par MSF) 41,840 (collecté par la DSN ¹)
Nombre total de patients traités par les structures purement MSF-CH (Nord)	31,759
Pourcentage des patients traités par MSF-CH (Nord)	79.5% (chiffres MSF) 76% (chiffres DSN)
Nombre d'admissions journalières au pic de l'épidémie (décembre 2010)	500
Nombre total de décès	559 (chiffre MSF) 668 (chiffre DSN)
Taux de mortalité	1.4% (MSF) 1.6% (DSN)
Nombre total de décès - structures MSF-CH	441
Taux de mortalité dans les structures MSF-CH	1.4%
Population totale du département (recensement 2005)	823,043
Taux d'attaque moyen dans le Nord (novembre 2010 – septembre 2011)	4.8% (MSF) 5% (DSN)

Information, Education, Communication (IEC)	
Nombre de communes touchées	19
Nombre de sections communales touchées	75
Nombre de maisons ciblées	10,564
Nombre de marchés ciblés	25
Nombre d'écoles sensibilisées	50
Nombre d'églises sensibilisées	15
Nombre d'associations sensibilisées	89
Nombre autorités sensibilisées	151
Nombre de brigadiers de la DSN formés	650 (soit 81% du nombre total)
Nombre total de personnes sensibilisées	205,545

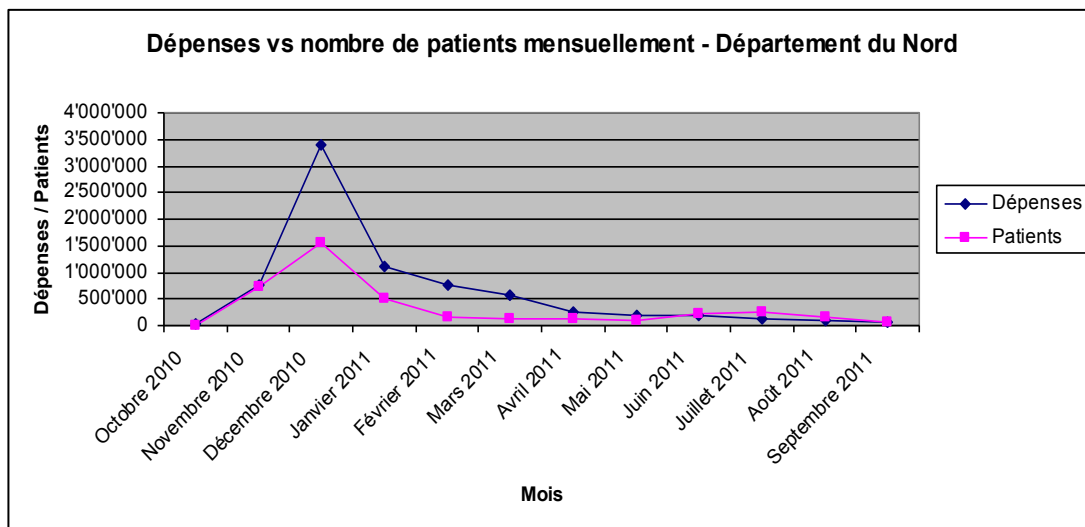
LOGISTIQUE	
Montant des donations médicales et	17,744,109.54 HTG ou 443,602 US\$

¹ DSN = Direction Sanitaire Nord

logistiques valorisées ²	
-------------------------------------	--

ADMINISTRATION	
Nombre maximum d'employés au pic de l'épidémie (décembre 2010)	1200 nationaux 50 expatriés
Nombre d'employés à la fermeture du projet	37 nationaux 5 expatriés
Dépenses octobre - décembre 2010	4,193,725 CHF
Dépenses janvier - septembre 2011	3,396,470 CHF
Dépenses totales octobre 2010 - septembre 2011	7,590,195 CHF

EVOLUTION DEPENSES MENSUELLES VERSUS NOMBRE DE PATIENTS

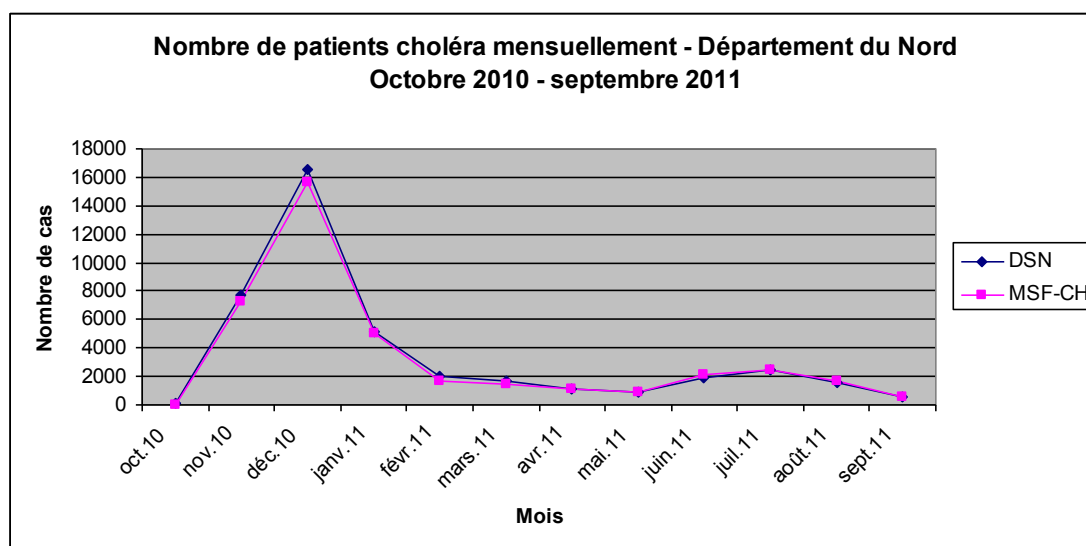


² Une quantité substantielle de donations n'ont pas été valorisées et ne sont donc pas incluses dans ce chiffre

RECAPITULATIF DU NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS PAR LE CHOLERA DANS LE DEPARTEMENT DU NORD

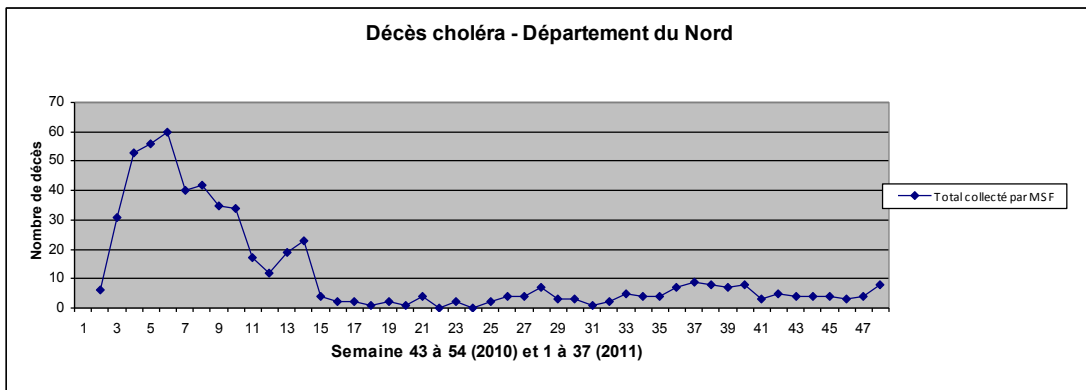
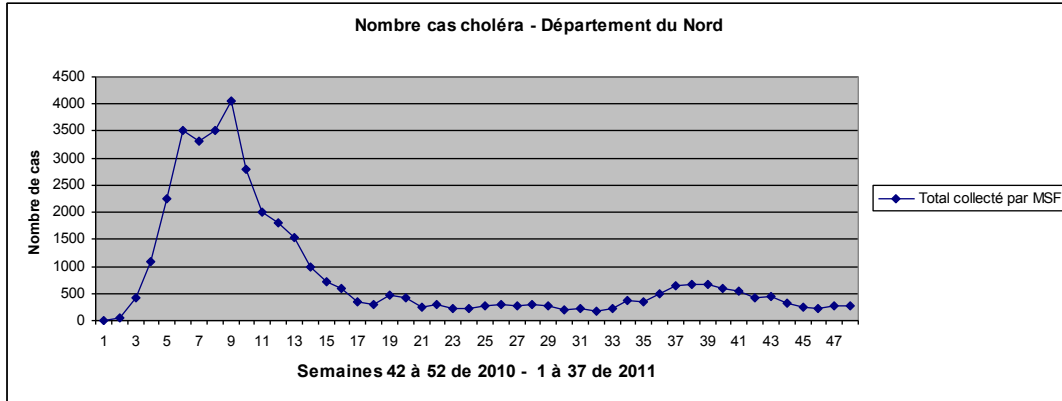
Récapitulatif mensuel du nombre de cas choléra dans le département du Nord entre octobre 2010 et septembre 2011 (comparaison chiffres collectés par la DSN et par MSF-CH)

PERIODE	DSN	MSF-CH
Octobre 2010 (semaines 42 et 43)	121	55
Novembre 2010 (semaines 44 à 47)	7701	7288
Décembre 2010 (semaines 48 à 52)	16,588	15,686
Janvier 2011 (semaines 1 à 4)	5175	5051
Février 2011 (semaines 5 à 8)	2040	1693
Mars 2011 (semaines 9 à 13)	1716	1425
Avril 2011 (semaines 14 à 17)	1097	1137
Mai 2011 (semaines 18 à 21)	908	874
Juin 2011 (semaines 22 à 26)	1895	2074
Juillet (semaines 27 à 30)	2512	2479
Août 2011 (semaines 31 à 35)	1570	1654
Septembre 2011 (semaines 36 et 37)	517	544
TOTAL	41,840	39,960

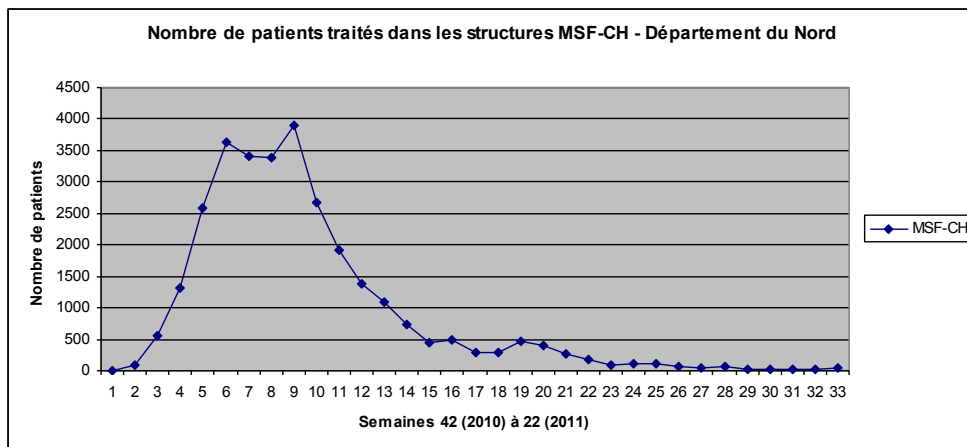


Nombre de cas recensés par MSF-CH depuis le début des opérations : 39,960
Nombre de décès recensés par MSF-CH : 559

Nombre de cas recensés par la DSN : 41,840
Nombre de décès recensés par la DSN : 668



Nombre de cas traités dans les structures MSF-CH : 31,759
Nombre de décès dans les structures MSF-CH : 441
Pourcentage des patients traités par MSF-CH : 79.5% (chiffres MSF)
76% (chiffres DSN)



La majorité des cas ont été traités entre les mois d'octobre et décembre 2010. La diminution des cas a démarré à la fin décembre et a continué progressivement au cours des mois suivants. Il y a eu une légère remontée à la fin février qui n'a pas duré et à la mi-mars la réduction des cas a continué jusqu'à mi-juin. A cette période, les cas ont augmenté jusqu'à un pic maximum atteint début juillet et correspondant presque au triple du nombre de cas des semaines précédentes. A partir de la fin juillet, les cas ont commencé à nouveau à diminuer progressivement, avec cependant une flambée sur la région du Cap-Haïtien à la fin septembre.

Entre avril et septembre, il y a eu des mini-flambées localisées qui se sont succédées dans des communes différentes du département. Le plateau le plus bas atteint pour le département est d'environ **200 cas par semaine** et la moyenne du nombre de cas hebdomadaire varie généralement entre **200 et 500 cas par semaine avec les mini-flambées**.

Ces mini-flambées sont maintenant gérées par la DSN.

La dernière flambée qui a eu lieu au Cap-Haïtien a causé une augmentation des cas à un peu plus de 730 cas par semaine (dont 80% sur la zone du Cap-Haïtien) qui a pu être gérée sans problème par les structures existantes : l'hôpital Justinien, le CTC Bravo et l'hôpital de Milot.

LA STRATEGIE GENERALE DE MSF-CH DANS LE DEPARTEMENT DU NORD

L'intervention de MSF-CH au niveau de l'épidémie de choléra dans le département du Nord d'Haïti a été réalisée en 3 phases consécutives:

Octobre - décembre 2010 : première phase

Objectif : Combattre la maladie et réduire la mortalité par une prise en charge directe, commencer la mise en place d'ORP³ dans les zones éloignées, initier le suivi épidémiologique.

C'était pendant la phase d'urgence où la maladie a initialement sévi au Cap-Haïtien. Il fallait faire face et prendre en charge les malades pour essayer de réduire la mortalité et la morbidité.

La prise en charge a été réalisée au Cap-Haïtien dans les CTC/CTU⁴ du Gymnasium, Bravo, Fort Saint Michel et Vertières. MSF-CH a également ouvert les bases de Limbé, Plaisance, Pilate et Borgne afin de mettre en place des structures au niveau de ces communes et de celles de Bas Limbé, Port Margot et Petit Bourg de Borgne. Sur demande de MSF-CH, MSF-France a alors couvert les communes de Pignon, Dondon, Saint Raphaël, La Victoire et Ranquitte jusqu'à la fin février où MSF-CH a alors repris le suivi de ces zones.

Cette période a également permis de démarrer la mise en place d'ORP dans les zones éloignées grâce aux équipes mobiles « outreach » qui réalisaient dans le même temps un suivi épidémiologique de la maladie.

Janvier - juin 2011 : deuxième phase

Objectif : Continuer la prise en charge et la consolider au niveau des centres de santé, renforcer la formation du personnel de la DSN, renforcer le déploiement des ORPs pour un accès aux soins dans les zones isolées, améliorer le suivi épidémiologique en coordination avec la DSN.

Une fois la situation sous contrôle dans la ville principale, la maladie s'est déplacée dans les communes plus éloignées également relativement peuplées.

A partir du mois de février / mars, les équipes mobiles d'intervention rapide (RRT⁵) ont été mises en place et ont pris le relai des équipes « outreach ». Cette stratégie a permis à trois équipes mobiles de répondre rapidement et efficacement aux flambées, de placer des ORPs et dans le même temps, de faire un suivi épidémiologique de la maladie dans tout le département du Nord.

³ ORP = Oral Rehydration Point ou PRO = Point de Réhydratation Orale

⁴ CTC = Centre de Traitement du Choléra ; CTU = Unité de Traitement de Choléra

⁵ RRT = Rapid Response Team

Un accord avec la DSN, la CBH⁶ et HHA⁷ a été finalisé pour la reprise du CTC Bravo (au 1^{er} juin 2011), la construction de la zone de traitement des déjections et le protocole de traitement ont été réalisés par MSF au niveau du CTC Bravo (des tanks en béton seront construits en octobre par l’OMS pour remplacer les tanks en bâche plastique).

Juillet - septembre 2011 : troisième phase

Réaliser la passation à la DSN par la formation des superviseuses communales et départementales de la DSN, par la formation des brigadiers communautaires, par la formation WATSAN des agents sanitaires et des superviseurs de la DSN.

Le nombre de cas a continué à diminuer progressivement, bien que les villages les plus éloignés aient également commencé à être atteints.

Cette période a coïncidé avec la mise en place de 800 brigadiers communautaires par la DSN. MSF s’est concentré sur la formation de ces brigadiers afin de pouvoir se retirer progressivement pour leur laisser la place. MSF a complété la couverture des zones les plus éloignées en formant les brigadiers à la sensibilisation et à la mise en place des ORP manquants.

MSF a également réalisé la formation des agents sanitaires de la DSN, de la CBH et de l’HUU en hygiène hospitalière, traitement des déchets, traitement de l’eau et traitement des déjections.

Les brigadiers et infirmières superviseurs ont également reçu une formation sur le traitement de l’eau. Une donation de pool testeurs leur a été faite afin qu’ils puissent réaliser des tests dans leur communauté.

L’accord pour la construction d’un CTU à l’hôpital Justinien a été préparé et initié par MSF et la DSN. Le financement QIP⁸ par la MINUSTAH a été confirmé (le coût additionnel sera financé par l’UNICEF) et les travaux devraient démarrer en octobre 2011.

Ces trois phases de l’intervention ont été accompagnées par un travail intense de sensibilisation, d’abord avec les malades et les accompagnants, puis auprès de la population générale, soit par le porte à porte, soit au niveau des marchés, écoles, associations, autorités, etc.

Dans la mesure où les messages, transmis dans les zones les plus éloignées, ont été compris par les gens, la maladie pourra être relativement contrôlée.

Le problème cependant réside dans les limites de la compréhension de cette maladie qui se heurte encore aux croyances populaires et vodou, dans les mauvaises habitudes d’hygiène difficiles à changer, dans le manque de latrines et l’accès à l’eau qui est difficile ou l’eau contaminée.

⁶ Hôpital de la Convention Baptiste d’Haïti

⁷ Haiti Hospital Appeal

⁸ Quick Impact Project

LES ACTIVITES D'INFORMATION, EDUCATION, COMMUNICATION (IEC)

En parallèle avec les activités de prise en charge des patients du choléra, une stratégie de prévention s'est mise en place dès le début des opérations afin d'informer les gens sur le meilleur moyen de se protéger contre le choléra.

Une soixantaine d'agents IEC ont été déployés initialement dans les CTC / CTU / CS⁹ afin d'informer les patients et les accompagnants sur le choléra et les moyens de prévention.

Certains des agents ont ensuite été déployés dans des équipes mobiles « outreach » afin d'intervenir au niveau des communautés, des écoles, églises, marchés, associations et auprès des autorités locales.

Dans une troisième phase, ces équipes mobiles IEC ont été intégrées aux équipes mobiles d'intervention rapide afin d'éteindre les flambées localisées et d'informer la population des zones affectées le plus rapidement possible.

Dans le même temps, le personnel médical et WATSAN de MSF-CH était également formés en IEC afin de pouvoir réaliser de la sensibilisation, en plus de leur tâche plus spécialisée (médical ou hygiénique), en cas de besoin. Les agents IEC ont également suivis 2 formations en WATSAN pour mieux intégrer les principes d'hygiène et de chloration de l'eau.

Ces activités IEC se sont inscrites également dans le cadre d'une stratégie de communication qui ciblait les média (radios, télévisions, journaux) à travers :

- des conférences de presse pour informer / sensibiliser les journalistes et les tenir informer de l'évolution de la maladie;
- des séances de sensibilisation aux journalistes pour qu'ils comprennent mieux la maladie choléra et transmettent les messages adéquats;
- des spots radios pour informer la population sur les moyens de préventions, sur les lieux où se trouvent les CTC/CTU et sur les fermetures des structures de MSF-CH ; des spots radio successifs ont été produits afin de suivre l'évolution de la maladie et des structures de traitement, ainsi que de diffuser des messages adaptés en fonction de la situation.

A – STRATEGIE IEC

Pour réaliser un tel travail, plusieurs stratégies ont été mises en place successivement afin de s'adapter à l'évolution de la situation:

1 - Novembre à décembre 2010

⁹ Centre de Stabilisation

- Initialement, la priorité fût de se concentrer sur Cap-Haïtien et dans les différentes structures MSF mises en place (CTC, CTU, CS, ORP) en réalisant des activités de prévention ;
- Une distribution de chlore dans plusieurs sections communales, surtout dans les zones les plus reculées et difficiles d'accès a été initiée pour les sections communales de Dondon, Bahon, Acul Du Nord, Plaisance, Pilate, Port Margot et Borgne.

2 - Deuxième phase : de janvier à mars 2011

L'objectif était de:

- Atteindre la population dans les zones les plus éloignées afin d'informer le plus grand nombre de personnes sur la fonction remplie par MSF-CH ;
- Sensibiliser toute la population sur les messages de prévention pour lutter contre le choléra et sur la localisation des différents points ORP/ CS / CTU / CTC ;
- Continuer la distribution de bouteilles de chlore ;
- Réaliser l'évaluation pilote de la distribution de chlore qui a eu lieu dans la ville de Plaisance. Cette démarche a eu pour but principal d'identifier les zones qui ont été réellement touchées par la distribution de chlorox effectuée par l'équipe IEC/WATSAN le mois précédant.

De plus, l'équipe en charge, a eu pour objectif d'identifier les problématiques pour faire l'objet d'un projet à moyen ou long terme en coopération avec les partenaires du développement : par exemple, la question du nombre de familles ayant des latrines chez eux a été évaluée, ainsi que l'efficacité de la radio locale dans les endroits reculés.

L'évaluation de la distribution de chlorox qui a eu lieu sur plusieurs communes du département a été réalisée du 27 janvier au 27 février dans les sections communales de Plaisance, Pilate, Borgne, Port Margot, Bahon, Dondon et Acul Du Nord.

- Superviser et renforcer le personnel IEC (bénévoles ou non) dans les diverses structures MSF-CH visitées (ORP/CTU/CTC).

3 - Troisième phase : d'avril à juin 2011

Ces trois mois étaient consacrés à mettre en place des activités pour voir dans quelles mesures il est possible de convaincre les gens pour qui le choléra n'existe pas ou ceux qui ne veulent pas appliquer les principes d'hygiène (car pour eux le choléra est une maladie importée et il n'a jamais été question avant cela de se laver les mains avant de manger), et pour essayer de voir comment gérer la problématique de la superstition.

4 - Dernière phase : renforcement de la capacité de la DSN pour un retrait total de juillet à septembre 2011

Après la grosse épidémie qui a démarré en novembre 2010 dans le Nord, il y a eu une diminution de cas de choléra dans le département à partir de mars.

Cependant la population des zones reculées à continuer à être touchée par le choléra et des mini-flambées ont eu lieu successivement dans des zones différentes. Les difficultés d'accès (pas de routes, zones très éloignées et il faut parcourir des heures de marches avant d'arriver dans un centre de santé)

constituaient un défi de plus pour les malades et pour les équipes soignantes et de prévention.

Afin d'apporter une réponse rapide aux flambées, une équipe de 2 agents IEC a été intégrée à chacune des trois équipes RRT (Rapid Response Teams) composées chacune d'une infirmière ou un médecin, et d'un Watsan/IEC. A noter que l'équipe IEC a également reçu une formation en WATSAN.

Le rôle des équipes RRT / IEC est principalement d'apporter un soutien dans les centres de santé, de réaliser des formations dans le domaine médical et logistique, de placer des ORP dans des zones qui le méritent, de faire des séances de sensibilisation à la population en général et aux responsables communaux (CASEC, ASEC, Maires, etc), et enfin de renforcer la capacité des brigadiers de la DSN au niveau de la sensibilisation, du traitement de l'eau et de la mise en place d'ORPs .

Pour la **formation des CASEC, ASEC, Maires et les responsables des associations** la planification a été faite par les maires titulaires de chaque commune. C'est ce qui nous a permis de toucher presque toutes les communes. Les villes qui ont été touchées sont: Cap-Haïtien, Limbé, Port Margot, Plaisance, Dondon, St Raphaël, Pilate, Gobert, Borgne, Petit Bourg de Borgne, Ranquitte, La Victoire.

B - ZONES GEOGRAPHIQUES CIBLEES

Dans la région nord d'Haïti, les villes principales touchées par les IEC sont les suivantes : Cap-Haïtien, Dondon, St Raphaël, Ranquitte, Pignon, La Victoire, Plaisance, Pilate, Port Margot, Le Borgne, Plaine du Nord, Acul du Nord, Limonade, Quartier Morin, Milot, Robillard, Grande Rivière du Nord et Bahon.

Les 19 communes du département ont été touchées ainsi que 75 sections communales détaillées ci-dessous :

Communes	Sections
Cap-Haïtien	Bande du Nord, Haut du Cap, Petite-Anse
Saint Raphaël	Bois Neuf, Mathurin, Bouyaha, Sanyago, Bourg
Bahon	Bois Pin
Dondon	Brostage, Bassin Caïman, Matador, La Guille, Haut du Trou
Ranquitte	Bois de Lance, Bac à Soude
La Victoire	Bourg de La Victoire
Pignon	Savannette, La Belle Mère
Plaisance	Gobert, Champagne, Haut Mathurin, Mapou, La Trouble,
Pilate	Ballon, Baudin, Ravine Trompête, Joly, Du Bourg, Piment, Margot
Acul du Nord	Camp Louise, Basse Plaine, Grande Ravine,

	Mornet, Coupe à David, Soufrière
Port Margot	Corail, Bas Quartier, Bras Gauche, Grande Plaine, Bas Petit Borgne, Haut Petit Borgne
Bas Limbe	Garde Champêtre, La Frange
Limbe	Ravine des Roches, Ilot à Corne, Haut Limbe, Charbote, Camp Coq, Soufrière
Borgne	Margot, Boucan Michel, Petit Bourg De Borgne, Trou d'Enfer, Champagne, Molas, La Grange
Limonade	Bord De Mer, Bras de Lance, Déréal, Pistere
Quartier Morin	Cadouche, Paroi
Milot	Grand Pré, Bérat, Du Bourg
Plaine du Nord	Robillard, La Suisse, Bois Rouge, Longest, Balan
Grande Rivière du Nord	Cormier, Grand Gilles, Joli Trou

C - LES STATISTIQUES IEC

Durant la période écoulée (novembre 2010 - septembre 2011), les équipes IEC/WATSAN ont sillonné la ville du Cap et les autres communes du département en faisant des séances de sensibilisation dans les écoles, les églises, les associations, les marchés, les maisons (de portes en portes) et au moment des fêtes champêtres. Elles ont réalisé des formations pour les autorités (Maires, CASEC, ASEC), les responsables des associations, les responsables religieux, les superviseurs, les agents sanitaires et les brigadiers de la DSN. Les agents IEC ont également sensibilisé les personnes vivant dans les rues (mendiants, etc.).

Nombre de personnes sensibilisées (novembre 2010 à septembre 2011)

Description	Nombre	Nombre de personnes sensibilisées
Communes	19	
Maisons	10,564	71,548
Marchés	25	44,506
Ecoles	50	31,546
Associations	89	36,298
Eglises	15	20,918
Autorités		151
Brigadiers		578 ¹⁰
TOTAL		205,545

**Nombre total de personnes sensibilisées dans le département du Nord:
205,545**

¹⁰ Le nombre de brigadiers formés par les RRT est de 650. La différence du nombre de brigadiers dénombrés ici par les IEC est due au fait que les IEC ont manqué quelques séances de formation des brigadiers à cause d'autres activités à ce moment là.

D - CONCLUSION

Durant ces 11 mois, les IEC ont déployé beaucoup d'efforts pour couvrir presque tout le département du Nord par des séances de sensibilisation sur les méthodes et moyens de prévention du choléra. Ces activités ont été entreprises grâce à une communication orale directe à travers les agents IEC, ainsi qu'à travers les radios et les journalistes.

De nombreuses personnes ont été touchées dans différents lieux en zones rurales et urbaines: les écoles, églises, associations, maisons, marchés, autorités, gens des rues, etc., ont été ciblés. Un total de plus de 205,000 personnes a été touché par les activités IEC de MSF-CH entre novembre 2010 et septembre 2011.

De manière générale, la majorité de la population connaît maintenant la maladie et sait ce qu'il faut faire au cas où un membre de leur famille serait atteint du choléra.

D'autres organisations sur le département ont pris le relai, en particulier les 800 brigadiers communautaires de la DSN, les 200 volontaires de la Croix-Rouge Haïtienne et d'autres membres d'ONGs.

Cependant des problèmes liés au vodou, à la superstition et à la stigmatisation persistent et ont constitué le plus grand défi des équipes IEC sur le terrain pendant toute la durée de la mission.

Pendant leur travail, les agents ont été confrontés à des gens qui ne voulaient pas les écouter et leur faisaient parfois des menaces. Une des raisons étant qu'ils pensaient que c'étaient une maladie importée, et ne l'acceptaient pas en tant que maladie mais uniquement sous forme de superstition (fétiche).

Un autre problème majeur concernait les gens qui tombaient malades et qui ne voulaient pas fréquenter les centres de santé ou les ORP proches de chez eux, afin de cacher à leur communauté qu'ils étaient malades pour éviter d'être rejetés. Cela a entraîné des risques supplémentaires pour eux car ils devaient alors parcourir un trajet plus important pour se faire soigner.

LES EQUIPES MOBILES D'INTERVENTION RAPIDE ou RAPID RESPONSE TEAM (RRT)

OBJECTIFS, ROLE ET STRATEGIE

1 - INTRODUCTION

Suite à l'épidémie du Cap-Haïtien et du département du Nord qui a démarré en novembre 2010, le nombre de cas a diminué considérablement à partir du mois de mars 2011. Cependant les populations des zones reculées ont également été touchées progressivement par la maladie. La difficulté d'accès de ces zones (routes difficiles, de nombreuses heures de marche pour atteindre le premier centre de santé) a contribué à l'augmentation des cas dans ces villages éloignés, et donc aussi de ce fait au niveau des CTC/CTU pour les malades qui arrivaient finalement à les atteindre.

L'épidémie ravageuse du début a donc laissé place à des petites flambées localisées qui, par chance, ne se produisent pas en même temps dans les différentes régions du département, mais successivement d'une zone à l'autre. Les flambées durent approximativement 2 semaines avant de se déplacer sur une autre zone. La naissance et l'évolution de ces flambées sont imprévisibles et leur logique encore difficile à comprendre. L'ouest du département (Port Margot et Borgne) était peu touché par ces flambées jusqu'à présent mais depuis septembre voit une légère augmentation des cas. Le sud du département par contre a été sujet à plusieurs flambées d'affilée. La ville du Cap-Haïtien a été touchée pour la première fois en juin / juillet 2011 par une flambée depuis la grosse épidémie de novembre / décembre 2010 et à nouveau en septembre 2011.

La nécessité d'appui, de surveillance, de formation et de sensibilisation est claire. Il était alors primordial que cela soit réalisé au niveau des divers centres de santé et des dispensaires afin qu'ils puissent continuer à fonctionner indépendamment de l'aide externe.

Pour réaliser ce suivi, MSF-CH a constitué et formé des équipes mobiles d'intervention rapide. Ces équipes étaient composées d'une infirmière ou bien d'un médecin et d'un IEC/WATSAN. Ils avaient à leur disposition un véhicule et un chauffeur MSF.

Afin de répondre aux flambées localisées de juin et juillet 2011, une équipe de 2 IEC (qui ont également reçu une formation WATSAN) a été temporairement rattachée à chaque équipe RRT pour « éteindre le feu ». Après une formation par les RRT sur la mise en place des ORPs, ces IEC ont pris en charge l'aspect communautaire de la sensibilisation ainsi que la mise en place et le suivi des ORPs, en étroite collaboration avec les brigadiers.

2 - OBJECTIF GENERAL

Diminuer la mortalité et la morbidité dues au choléra dans le département du nord d'Haïti.

3 - OBJECTIF SPECIFIQUE

Coordonner avec les équipes permanentes sur le terrain, en particulier les superviseurs médicaux de la Direction de la Santé Nord (DSN) et des brigadiers superviseurs, ainsi que les Centres de Santé, dispensaires, CS, ORP et brigades communautaires pour la mise en place d'un Système de Réponse Rapide dans le cas de flambées localisées ou d'une nouvelle épidémie de choléra.

4 - OBJECTIFS OPERATIONNELS

1. Soutien / formation à la DSN dans la supervision des services qui prennent en charge les malades de choléra ;
2. Formation dans les domaines médical et logistique aux acteurs du terrain chargés de lutter contre le choléra ;
3. Etendre la couverture des premiers soins dans les communes en plaçant des ORPs, en coordination avec les brigadiers et leurs superviseurs ;
4. Sensibilisation à la population générale et aux responsables communales en particulier (CASEC, ASEC, responsables communautaires, etc) ;
5. Collecte des données et vigilance épidémiologique en coordination avec la DSN;
6. Participation et soutien à la mise en place du circuit d'approvisionnement des structures par la DSN.

5 - STRATEGIE DES RRT

Les équipes se composent :

- d'une infirmière professionnelle ou d'un médecin, d'un IEC/WATSAN attaché au suivi des centres de santé. Ils sont responsables du suivi médical mais aussi de l'hygiène (solutions chlorées, circuits, isolement et formation/mise à jour des hygiénistes sur la préparation des solutions) au niveau des centres de santé et de la sensibilisation des patients et des accompagnants. Ils doivent réaliser ces activités de concert avec les infirmières/médecins superviseurs de la DSN.
- de 2 IEC/WATSAN qui sont responsables de la mise en place et du suivi des ORPs, du contrôle des eaux de source, de la sensibilisation communautaire (de maisons en maisons dans les villages reculés par exemple). Ils doivent réaliser ces activités de concert avec les brigadiers communautaires DSN.

Les équipes RRT se rendaient dans les communes chaque lundi pour visiter les CTU prioritaires, c'est-à-dire ceux qui étaient en proie à des flambées localisées ou ceux où des problèmes avaient été identifiés durant les visites précédentes. Les zones avoisinantes des CTU touchées par les flambées étaient visitées par les IEC.

Dans les cas d'urgence où le CTU était débordé ou si le personnel sur place n'était pas suffisant ou n'était pas formé, l'équipe RRT, avec les superviseurs responsables de la DSN, assuraient alors temporairement la prise en charge afin d'orienter et de mieux former le personnel sur place. Ceci permettait de donner à la DSN le temps de trouver une solution adéquate. Les équipes apportaient également leur soutien dans la mise en place d'un circuit d'approvisionnement fonctionnel.

Durant les 2 derniers mois d'août et de septembre et avant de quitter la zone, en coordination avec le personnel superviseur de la DSN et les brigadiers déjà sur le terrain, les RRT ont mis en place dans les villages éloignés de nouveaux ORPs afin de pouvoir faire face aux flambées potentielles. Ceci a permis à la population d'avoir un accès rapide aux premiers soins. Dans le même temps, l'équipe des brigadiers a été orientée sur une sensibilisation permanente de la population de chaque village.

Ces équipes RRT ont fonctionné jusqu'à une stabilisation de l'épidémie et jusqu'à ce que les communes et les centres de santé deviennent autonomes et aient la capacité de gérer l'endémicité de la maladie ainsi que les flambées localisées. Elles ont arrêté leur travail fin septembre 2011, après que le personnel médical et logistique des centres de santé, les superviseurs médicaux de la DSN, les brigadiers superviseurs et les brigadiers de la DSN aient reçu des formations appropriées (médicale, IEC, WATSAN et mise en place d'ORP) pour prendre en charge les malades et les communautés et pour gérer l'endémicité du choléra.

6 - STRATEGIE DE PASSATION

Dans ce cadre, la DSN, à travers l'UNICEF avec un financement BID, assure le salaire de 800 brigadiers communautaires et de plusieurs dizaines de personnel hygiénique et médical supplémentaire au niveau des centres de santé. Suite à une demande de la DSN et de l'UNICEF, MSF a formé les superviseurs DSN de façon théorique et pratique et a travaillé avec eux jusqu'à ce qu'une supervision adéquate ait été mise en place par la DSN.

17 infirmières/médecins superviseurs (départementaux et communaux) de la DSN ont suivi une formation réalisée par MSF-CH le 23 juillet. Dès le 25 juillet, les équipes RRT et IEC ont commencé à travailler avec les superviseuses communales et les brigadiers superviseurs.

Les superviseuses départementales ont participé à la programmation et à l'évaluation des activités qu'elles ont prises progressivement en charge jusqu'à la passation finale.

Ces activités ont également été coordonnées avec les autres organisations, en particulier OXFAM, CESVI et la Croix Rouge Haïtienne (200 volontaires dans 8 communes) qui mettent en place des activités de sensibilisation et/ou des ORPs

dans certaines régions du département avec les brigadiers communautaires également.

La période de passation est toujours une période délicate où il s'agit de jongler entre la mise en place d'un soutien adéquat pour répondre aux flambées et le soutien au renforcement de la capacité de la DSN à gérer l'endémicité et les flambées localisées. Le besoin en renforcement de personnel doit absolument se faire en coordination avec la DSN afin de ne pas la court-circuiter et engendrer des problèmes supplémentaires sur le moyen et long terme.

Le 30 septembre 2011, MSF-CH a arrêté ses activités terrain, la DSN étant maintenant entièrement responsable de la prise en charge des patients. Les 800 brigadiers de la DSN continuent la sensibilisation et de la mise en place et le suivi des ORPs.

Nous remercions tous nos partenaires, et en particulier la DSN, pour la collaboration et le travail réalisé au long de ces 11 derniers mois dans la lutte contre le choléra dans le département du Nord.