



GLOBAL TASK FORCE ON
CHOLERA CONTROL

**Identification des zones
d'interventions multisectorielles
prioritaires (PAMI)
pour le contrôle du choléra**

Lignes directrices
2023

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Ce document présente la méthode recommandée par le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) pour identifier les zones d'interventions multisectorielles prioritaires (PAMI) pour le contrôle du choléra. La mise en œuvre de cette méthode représente l'une des premières étapes à suivre pour élaborer ou réviser un Plan National contre le Choléra (PNC) pour un pays avec une transmission modérée à forte du choléra. Cette méthode est accompagnée d'un guide d'utilisation « étape par étape » et d'un outil au format Excel.

Il est essentiel de bien identifier les PAMI afin d'optimiser l'impact de la mise en œuvre d'un PNC. Le GTFCC recommande un processus en trois étapes pour l'identification des PAMI pour le contrôle du choléra :

- La **première étape est une étape de préparation** qui consiste à compiler et à regrouper toutes les données requises. Les données des cinq à quinze dernières années seront préparées à l'échelon administratif standard que le pays a l'intention d'utiliser pour la coordination de la mise en œuvre du PNC (ci-après, appelé « unité géographique opérationnelle du PNC »). Les autorités nationales pourraient avoir à coordonner leurs activités avec celles des autorités régionales pour compiler les données historiques des indicateurs épidémiologiques et des indicateurs de vulnérabilité propres au contexte (liste des facteurs de vulnérabilité présentée à l'**Annexe 1. Facteurs de vulnérabilité**).
- La deuxième étape consiste à classer toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC d'un pays selon un indice de priorité numérique. Cet indice de priorité représente plusieurs dimensions du fardeau du choléra, et est calculé en additionnant les scores de quatre indicateurs: l'incidence, la mortalité, la persistance et la positivité des tests de dépistage du choléra (si la représentativité de ces tests le permet).
- La **troisième étape est destinée aux parties prenantes du pays, qui doivent valider la liste définitive des PAMI**. Lors de cette étape, les parties prenantes fixeront un seuil pour l'indice de priorité, et toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC dont l'indice de priorité est supérieur à ce seuil seront considérées comme des PAMI. Pour finaliser la liste des PAMIs, il est possible de tenir compte des connaissances sur le contexte local, notamment de la vulnérabilité à la transmission du choléra, pour les unités géographiques opérationnelles du PNC dont l'indice de priorité manque de fiabilité. La participation de multiples parties prenantes à ce processus a pour but d'optimiser l'adhésion et l'engagement multisectoriel aux étapes ultérieures de développement et de mise en œuvre du PNC.

La liste définitive des PAMI doit comprendre en priorité les unités géographiques opérationnelles du PNC suivantes :

- Celles dont l'indice de priorité est supérieur au seuil fixé (propre au pays) **et**
- À titre exceptionnel, celles dont l'indice de priorité est peu fiable et qui présentent des facteurs de vulnérabilité propres au contexte.

La liste définitive des PAMI doit constituer un ensemble complet des unités géographiques opérationnelles du PNC qui seront la cible d'au moins une intervention dans le cadre d'un PNC.

Une fois que les parties prenantes du pays ont validé la liste définitive des PAMI, il convient alors de passer à l'étape suivante de la phase de démarrage du PNC (c.-à-d., l'analyse de la situation). Cette étape sera suivie de la phase de développement du PNC, qui a pour but d'élaborer les plans opérationnels pour les activités prioritaires pour chacun des piliers de la prévention et de la lutte contre le choléra (c.-à-d. la surveillance et le signalement des cas, le renforcement du système de santé, l'administration du vaccin anticholérique oral [VCO], les domaines de l'Eau, Hygiène et l'Assainissement [EHA], et l'engagement communautaire).

En règle générale, l'analyse des PAMI doit être mise à jour à chaque nouvelle version du PNC (généralement, tous les cinq ans). Il est possible d'effectuer une mise à jour plus tôt en cas de changements importants de l'épidémiologie du choléra, des facteurs de vulnérabilité, ou de la surveillance mise en place pour le choléra dans le pays considéré.

DÉFINITIONS

Diarrhée aqueuse aiguë : maladie i) diarrhéique, à savoir au moins trois selles molles en 24 heures, ii) aqueuse, à savoir selles liquides non sanguinolentes qui peuvent contenir du mucus et iii) aiguë, à savoir qui dure moins de sept jours.

Dépistage du choléra : analyse de cas suspects de choléra par n'importe quelle méthode qui permet l'identification de la présence de *V. cholerae* O1/O139 (p. ex. test de diagnostic rapide [TDR], mise en culture/test d'agglutination, amplification en chaîne par polymérase [PCR]).

Données géospatiales vectorielles : format de données propre aux données géographiques, qui correspondent un couple de coordonnées géographiques accompagné de données attributaires.

Indice de priorité (pour le choléra) : indice numérique calculé pour chaque unité géographique opérationnelle du PNC d'un pays, qui repose sur des données rétrospectives. Il est utilisé pour hiérarchiser et trier toutes les unités géographiques selon leur niveau de priorité en matière de planification de mesures de lutte contre le choléra. L'indice de priorité est calculé en additionnant les scores de quatre indicateurs : incidence du choléra, mortalité due au choléra, persistance du choléra et positivité des tests de dépistage du choléra (si la représentativité de ces tests le permet).

Nombre de cas de choléra testés positifs : nombre de cas suspects de choléra pour lesquels la présence de *V. cholerae* O1/O139 a été identifiée.

Plan national contre le choléra (PNC) : document spécifique d'un pays, qui définit les objectifs nationaux en matière de contrôle ou d'élimination du choléra, et en détaille les aspects opérationnels d'une planification pluriannuelle et multisectorielle des mesures de lutte contre le choléra.

Seuil (propre au pays) de l'indice de priorité : valeur de l'indice de priorité au-dessus de laquelle les unités géographiques sont classées comme des zones d'interventions multisectorielles prioritaires (PAMI). Le seuil de l'indice de priorité approprié doit être déterminé par chaque pays par consensus des parties prenantes, après examen de l'objectif du PNC et des ressources disponibles pour la mise en œuvre de ce plan.

Unité géographique opérationnelle du PNC (propre au pays) : unité géographique qui correspond à l'échelon administratif le plus bas auquel il est possible d'allouer des ressources et de prendre des décisions en matière de lutte contre le choléra. L'échelon administratif correspondant est propre au pays.

Zones d'interventions multisectorielles prioritaires (PAMI) : sous-ensemble des unités géographiques opérationnelles qui peuvent bénéficier d'au moins une intervention dans le cadre d'un PNC.

SIGLES ET ACRONYMES

EHA	Eau, hygiène et assainissement
GTFCC	Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PAMI	Zones d'interventions multisectorielles prioritaires
PNC	Plan national contre le choléra
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
Programme commun	Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VCO	Vaccin anticholérique oral

TABLE DES MATIÈRES

Résumé d'orientation	1
Définitions	2
Sigles et acronymes	3
TABLE DES MATIÈRES	4
Liste des figures	5
Liste des tableaux.....	5
Remerciements	5
Introduction.....	6
Principes généraux.....	6
1. En quoi l'identification des PAMI contribue-t-elle à la planification de la lutte contre le choléra ?	6
2. Processus	8
3. Unité géographique opérationnelle du PNC.....	8
4. Période d'analyse.....	8
5. Mises à jour périodiques	8
Étape 1 : préparation des ensembles de données.....	9
1. Aperçu.....	9
2. Ensemble de données requis pour le calcul de l'indice de priorité.....	10
3. Ensemble de données requis pour l'évaluation de la vulnérabilité au choléra (facultatif)	10
Étape 2 : calcul de l'indice de priorité.....	12
1. Principe	12
2. Définition des indicateurs	12
3. Données manquantes	14
4. Évaluation de la représentativité du dépistage du choléra	14
5. Attribution d'un score aux indicateurs	15
6. Résultats	17
Étape 3 : validation par les parties prenantes	18
1. Objectifs et format.....	18
2. Liste initiale des PAMI en fonction de l'indice de priorité.....	19
3. Évaluation facultative des facteurs de vulnérabilité par les parties prenantes	19
4. Résultats – liste définitive des PAMI	20
5. Résumé.....	21
Annexe 1. Facteurs de vulnérabilité.....	22
1. Zones transfrontalières situées à proximité de zones touchées par le choléra ou classifiées comme PAMI	22
2. Zones situées le long des grands axes de communication/carrefours d'échange	22
3. Zones avec des rassemblements majeurs de population	22

4.	Zones à forte densité de population ou surpeuplées (par exemple, bidonvilles urbains, camps de réfugiés/de déplacés internes).....	22
5.	Zones avec des populations à haut risque (par exemple, travailleurs saisonniers, pêcheurs/mineurs dans des installations informelles).....	22
6.	Populations difficiles d'accès	23
7.	Zones avec une population ayant reçu le vaccin oral contre le choléra il y a plus de trois ans (campagne à deux doses avec une couverture >70 % pour les deux campagnes).....	23
8.	Zones à haut risque de conditions climatiques et météorologiques extrêmes (par exemple, fortes pluies, inondations, sécheresses).....	23
9.	Zones touchées par des urgences humanitaires complexes	23
10.	Zones avec plus de 30 % de la population ayant accès à l'eau avec un type d'installation non améliorée	24
11.	Zones avec plus de 50 % de la population ayant accès à l'assainissement avec un type d'installation non améliorée.....	24
12.	Zones avec plus de 50 % de la population sans installation de lavage des mains à domicile	24

Annexe 2. Modèle de rapport sur l'identification des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra

25

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Étapes du développement d'un Plan national contre le choléra	7
Figure 2. Aperçu des phases de démarrage et de développement d'un Plan national contre le choléra....	7
Figure 3. Aperçu de l'étape 1 (préparation des ensembles de données).....	9
Figure 4. Aperçu de l'étape 2 (calcul de l'indice de priorité).....	12
Figure 5. Procédure pour déterminer quel indicateur pour les tests de dépistage du choléra doit être inclus dans le calcul de l'indice de priorité	15
Figure 6. Aperçu de l'étape 3 (validation par les parties prenantes).....	18
Figure 7. Arbre décisionnel pour l'étape 3 (validation par les parties prenantes).....	21

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données requises pour le calcul de l'indice de priorité	10
Tableau 2. Indicateurs permettant d'établir l'indice de priorité	13
Tableau 3. Attribution d'un score aux indicateurs épidémiologiques.....	16
Tableau 4. Attribution d'un score à l'indicateur pour la positivité des tests de dépistage du choléra	17

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres du Groupe de travail sur la surveillance du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC), les experts et les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ces orientations, ainsi que le Programme national de lutte contre le choléra et les maladies diarrhéiques de la République démocratique du Congo pour sa participation active en tant que pays pilote à l'appui du développement de la méthode du GTFCC pour l'identification des zones d'interventions multisectorielles prioritaires dans le cadre de la lutte contre le choléra.

INTRODUCTION

Le document [Mettre fin au choléra – Feuille de route mondiale pour 2030](#) appelle à une approche multisectorielle du contrôle ou de l'élimination du choléra ciblant les zones d'interventions multisectorielles prioritaires (PAMI, aussi appelées « points chauds »). L'identification des PAMI est donc une étape essentielle pour le [développement d'un Plan national contre le choléra](#) (PNC).

Ces orientations sont destinées aux pays cibles du GTFCC qui ont connu une transmission modérée à forte du choléra au cours des cinq années environ qui ont précédé l'identification des PAMI et dont l'objectif est le développement d'un PNC. Ce document décrit la méthode recommandée par le GTFCC. Elles sont accompagnées d'un guide d'utilisation étape par étape (« [Guide de l'utilisateur du GTFCC pour l'identification des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra](#) », ci-après nommé « Guide de l'utilisateur du GTFCC ») et d'un outil au format Excel (« [outil Excel du GTFCC PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra](#) », ci-après nommé « outil Excel du GTFCC »).

Les pays qui n'ont connu que peu ou pas de flambée épidémique du choléra au cours des cinq années ou plus qui ont précédé l'identification des PAMI, et qui souhaitent développer un PNC pour l'élimination du choléra, sont invités à utiliser la méthode recommandée par le GTFCC pour identifier les PAMI en vue de l'élimination du choléra. Globalement, cela correspondrait aux pays pour lesquels des flambées épidémiques de choléra ont été signalées dans moins de cinq pour cent des unités géographiques opérationnelles du PNC du pays au cours des cinq dernières années au minimum.

Ces orientations remplacent le document technique provisoire du GTFCC publiées en 2019 relatives à l'identification des zones d'interventions prioritaires. Elles élargissent ces lignes directrices de 2019 en détaillant davantage les instructions pour rendre compte des indicateurs épidémiologiques, la positivité des tests du dépistage du choléra et les facteurs de vulnérabilité, qui permettront d'identifier les PAMI.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. En quoi l'identification des PAMI contribue-t-elle à la planification de la lutte contre le choléra ?

L'identification des PAMIs est l'une des premières étapes du démarrage d'un PNC. Le but de l'identification des PAMIs basée sur des données probantes, telle que décrite dans ces orientations, est de permettre de mieux cibler les mesures de lutte contre le choléra afin d'optimiser l'allocation de ressources limitées ainsi que l'efficacité globale de la mise en œuvre du PNC.

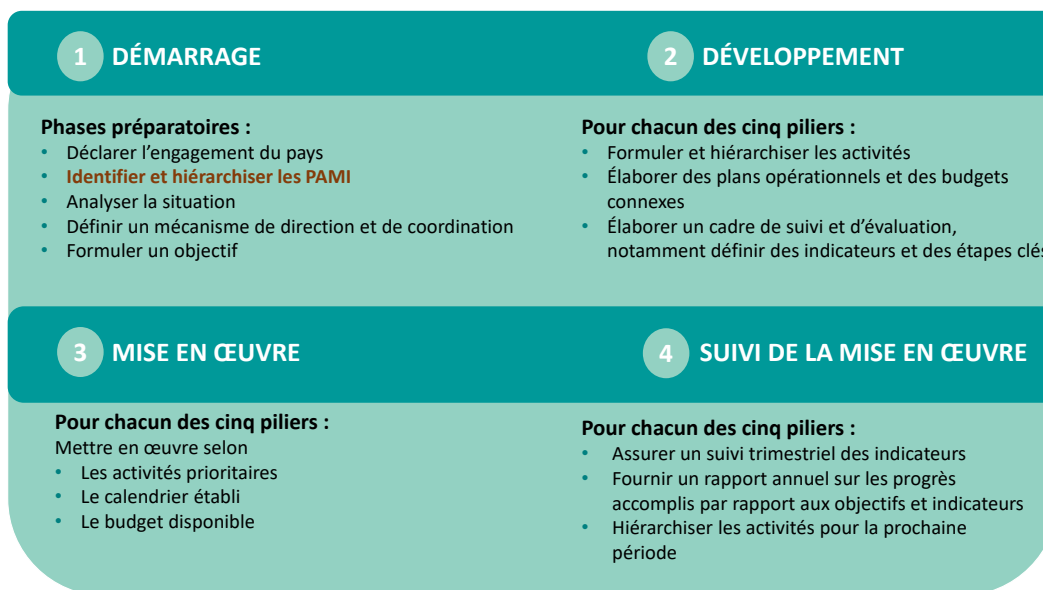
Un PNC est un document propre à un contexte donné, qui précise le but du pays en matière de lutte contre le choléra ou d'élimination du choléra, et détaille les aspects opérationnels d'une planification pluriannuelle et multisectorielle des mesures de lutte contre le choléra dans les PAMI.

Il comporte quatre phases :

- 1) Démarrage
- 2) Développement
- 3) Mise en œuvre
- 4) Suivi de la mise en œuvre

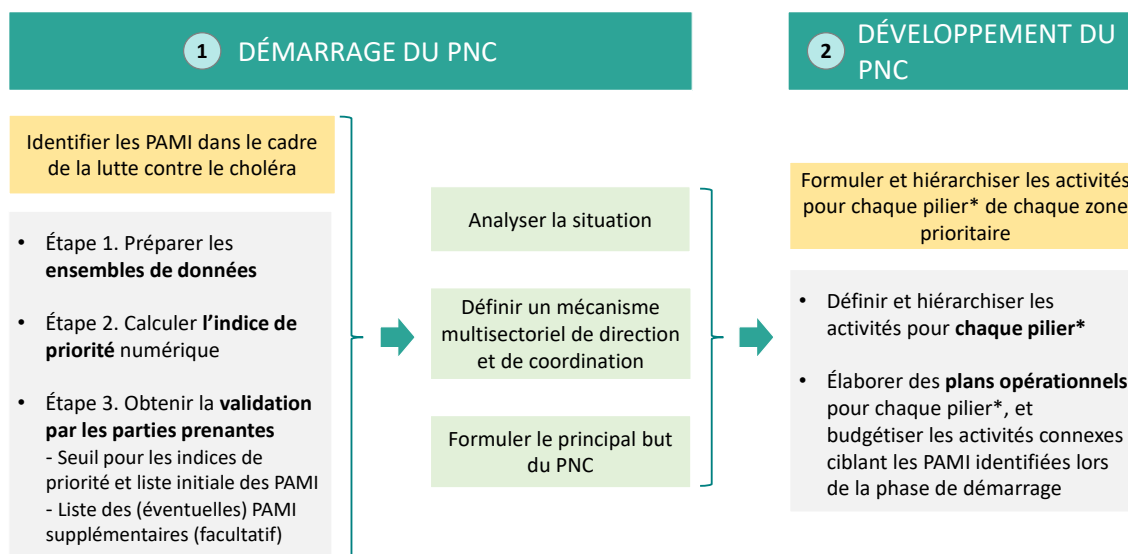
L'identification des PAMI doit avoir lieu au cours de la phase de démarrage du PNC (Figure 1). Des orientations détaillées du GTFCC pour l'élaboration d'un PNC sont disponibles [ici](#).

Figure 1. Étapes du développement d'un Plan national contre le choléra



L'identification des PAMI est une étape essentielle qui sert à réduire la liste des unités géographiques opérationnelles du PNC pouvant être la cible d'interventions dans le cadre du développement du PNC (**Figure 2**). Pour chacun des piliers de la prévention et de la lutte contre le choléra (c.-à-d. la surveillance et le signalement des cas, le renforcement du système de santé, l'administration du VCO, l' EHA, l'engagement communautaire, l'engagement communautaire, et le leadership et la coordination), les plans opérationnels pour les activités prioritaires dans les PAMI sont mis au point au cours de la phase de développement du PNC. **Il est possible que les PAMI ne bénéficient pas toutes du même groupe d'interventions.**

Figure 2. Aperçu des phases de démarrage et de développement d'un Plan national contre le choléra



* Conformément au document [Mettre fin au choléra – Feuille de route mondiale pour 2030](#), les piliers de la prévention et de la lutte contre le choléra sont les suivants : la surveillance et signalement des cas, le renforcement du système de santé, l'administration du VCO, l'EHA, l'engagement communautaire, et le leadership et la coordination.

2. Processus

L'identification des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra est un processus en trois étapes :

1. **Compilation et regroupement de toutes les données requises**
2. **Cotation de toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC selon un indice de priorité**
3. **Validation de la liste définitive des PAMIs par les acteurs du développement du PNC**

3. Unité géographique opérationnelle du PNC

L'identification des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra doit avoir lieu au niveau des **unités géographiques opérationnelles du PNC** propres au pays. L'échelon administratif peut varier selon les pays et doit correspondre à l'échelon administratif le plus bas auquel il est possible d'allouer des ressources et de prendre des décisions en matière de lutte contre le choléra. Par le passé, les pays ont généralement choisi les échelons administratifs de niveau deux ou trois.

4. Période d'analyse

L'indice de priorité doit reposer sur les données rétrospectives recueillies au cours des **cinq à quinze dernières années**. Il est possible d'envisager des périodes d'analyse de moins de cinq ans uniquement si les données pour des périodes plus longues sont inexistantes.

5. Mises à jour périodiques

En règle générale, l'analyse des PAMI doit être mise à jour à chaque nouvelle version du PNC (habituellement, tous les **cinq ans**). Il est possible d'effectuer une mise à jour plus tôt en cas de changements importants relatifs à l'épidémiologie du choléra ou aux facteurs de vulnérabilité.

ÉTAPE 1 : PRÉPARATION DES ENSEMBLES DE DONNÉES

1. Aperçu

Les activités mises en œuvre à l'étape 1 de l'identification des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra sont décrites à la **Figure 3** et dans les sections qui suivent. Cette étape consiste à générer des ensembles de données aux fins suivantes :

- Calcul de l'indice de priorité pour le choléra
- Évaluation de la vulnérabilité (si réalisée)
- Définition d'un ensemble d'interventions lors de la phase de développement du PNC. Bien que ce dernier point dépasse le cadre de ces orientations, il est recommandé d'anticiper la collecte des données, étant donné que des sources et des paramètres des données similaires pourraient être utilisés¹

Figure 3. Aperçu de l'étape 1 (préparation des ensembles de données)

<p>1. Définir la portée de l'analyse [Obligatoire]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définir l'échelon administratif de l'unité géographique opérationnelle du PNC • Définir la période d'analyse
<p>2. Recueillir les données et les préparer afin de pouvoir calculer l'indice de priorité [Obligatoire]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compiler les données annuelles de surveillance et de dépistage du choléra (voir le Tableau 1)
<p>3. Recueillir les données et les préparer afin de pouvoir évaluer la vulnérabilité [Facultatif]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En consultation avec les parties prenantes, déterminer si une évaluation facultative de la vulnérabilité sera effectuée à l'étape 3 • Dans ce cas, identifier les facteurs de vulnérabilité pertinents dans le contexte du pays • Recueillir les données à l'appui d'une évaluation des facteurs de vulnérabilité • Préparer les ensembles de données sur la vulnérabilité (présence/absence)
<p>4. Recueillir les données et les préparer en vue des prochaines étapes du développement du PNC [Recommandé]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les prochaines étapes du développement du PNC en recueillant les données qui seront nécessaires pour la hiérarchisation des activités de chaque pilier dans les PAMI, conformément aux recommandations applicables du GTFCC

¹ Les futures révisions de ces orientations peuvent inclure une documentation supplémentaire sur la collecte des données qui aidera les responsables à concevoir un ensemble d'interventions au fur et à mesure de la publication des orientations du GTFCC propres à chaque pilier.

2. Ensemble de données requis pour le calcul de l'indice de priorité

o Collecte des données

Le **Tableau 1** décrit les données qui doivent être recueillies pour chaque unité géographique opérationnelle du PNC au cours de la période d'analyse.

Les autorités nationales pourraient avoir à coordonner leurs activités avec celles des autorités régionales pour assembler les données historiques sur les indicateurs épidémiologiques et sur les indicateurs de vulnérabilité propres au contexte.

Consulter le [Guide de l'utilisateur](#) de l'outil Excel du GTFCC pour trouver des directives détaillées sur la préparation du tableau de données (y compris les règles de nomenclature). Ce tableau servira au téléchargement des données dans l'[outil Excel du GTFCC](#) afin de calculer l'indice de priorité.

Tableau 1. Données requises pour le calcul de l'indice de priorité

Catégorie	Donnée fournie par l'unité géographique opérationnelle du PNC	Périodicité
Administration	Liste des unités géographiques opérationnelles du PNC	Données les plus récentes*
	Unités géographiques sous forme de données géospatiales vectorielles pour un système d'information géographique (p. ex. « shapefile »)	Données les plus récentes*
Démographie	Population	Annuelle
Surveillance	Nombre de cas de choléra signalés (suspects et suspects testés positifs)	Hebdomadaire
	Nombre de décès dus au choléra signalés (suspects et suspects testés positifs)	Hebdomadaire
Dépistage choléra	Nombre de cas de choléra suspects signalés qui ont été testés pour le choléra (quelle que soit la méthode de test appliquée)	Hebdomadaire
	Nombre de cas de choléra suspects signalés qui ont été testés positifs pour le choléra	Hebdomadaire

*En cas de modification de la géométrie des unités géographiques du pays au cours de la période d'analyse, veuillez consulter le [Guide de l'utilisateur](#) du GTFCC.

3. Ensemble de données requis pour l'évaluation de la vulnérabilité au choléra (facultatif)

o Éléments à prendre en compte lors de l'évaluation de la vulnérabilité

Il est conseillé de procéder à une évaluation de la vulnérabilité afin d'identifier les PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra, en particulier si les unités géographiques opérationnelles du PNC remplissent les critères suivants, ce qui pourrait entraîner un manque de fiabilité :

- **Nombre important de données manquantes** (dans l'espace ou dans le temps) requises pour le calcul de l'indice de priorité.

- **Lacunes connues dans la surveillance** du choléra, ce qui entraînerait une sous-estimation de l'indice de priorité pour le choléra (c.-à-d. sous-signallement ou manque de données au cours de périodes de flambée épidémique avérées).
 - **Campagne(s) récente(s) de vaccination par le VCO** entraînant une amélioration apparente de la situation du choléra au cours de la période d'analyse, ce qui abaisse artificiellement l'indice de priorité pour le choléra.
- **Liste des facteurs de vulnérabilité, à titre indicatif**

Si une évaluation de la vulnérabilité est menée pour identifier les PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra, les facteurs de vulnérabilité à prendre en compte peuvent varier selon le contexte du pays. La liste suivante, fournie à titre indicatif, présente les facteurs de vulnérabilité qu'il est possible de prendre en compte :

- Zones transfrontalières situées à proximité de zones touchées par le choléra ou classifiées comme PAMI
- Zones situées le long des grands axes de communication/carrefours d'échange
- Zones avec des rassemblements majeurs de population
- Zones à forte densité de population ou surpeuplées (par exemple, bidonvilles urbains, camps de réfugiés/de déplacés internes)
- Zones avec des populations à haut risque (par exemple, travailleurs saisonniers, pêcheurs/mineurs dans des installations informelles)
- Populations difficiles d'accès
- Zones avec une population ayant reçu le vaccin oral contre le choléra il y a plus de trois ans (campagne à deux doses avec une couverture pour les deux campagnes > 70 %)
- Zones à haut risque de conditions climatiques et météorologiques extrêmes (par exemple, fortes pluies, inondations, sécheresses)
- Zones touchées par des urgences humanitaires complexes
- Zones avec plus de 30 % de la population ayant accès à l'eau avec un type d'installation non améliorée²
- Zones avec plus de 50 % de la population ayant accès à l'assainissement avec un type d'installation non améliorée³
- Zones avec plus de 50 % de la population sans installation de lavage des mains à domicile⁴

○ **Collecte des données**

Si une évaluation de la vulnérabilité est menée pour identifier les PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra, il est recommandé de déterminer si les facteurs de vulnérabilité sont présents/absents dans les unités géographiques opérationnelles du PNC et s'ils répondent à un ou plusieurs critères révélateurs d'un potentiel manque de fiabilité de l'indice de priorité pour le choléra (comme des données manquantes, des lacunes avérées dans la surveillance, une campagne récente de vaccination par le VCO).

Si les données sur les facteurs de vulnérabilité sont facilement accessibles pour toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC, que la zone soit ou non une PAMI, il est conseillé de recueillir ces données pour les étapes ultérieures du démarrage du PNC.

² Définition d'un accès à l'eau avec un type d'installation non amélioré : [Échelle des services du JMP pour le suivi de l'approvisionnement en eau potable](#).

³ Définition d'un accès à l'assainissement avec un type d'installation non améliorée : [Échelle des services du JMP pour le suivi de l'assainissement](#).

⁴ Définition de l'absence d'installation de lavage des mains sur place à domicile : [Échelle des services du JMP pour le suivi de l'hygiène](#)

ÉTAPE 2 : CALCUL DE L'INDICE DE PRIORITÉ

1. Principe

Chaque unité géographique opérationnelle du PNC est cotée selon un indice de priorité numérique

L'indice de priorité est calculé en combinant quatre indicateurs : l'incidence, la mortalité, la persistance et la positivité des tests de dépistage du choléra. Ces indicateurs sont calculés à partir des données épidémiologiques et de dépistage du choléra recueillies au cours de la période d'analyse.

Les activités mises en œuvre à l'étape 2 sont décrites à la **Figure 4** et dans les sections qui suivent. L'étape 2 permet de générer un tableau de données dans lequel les indicateurs et les données relatives à la population, les scores des indicateurs et l'indice de priorité sont assignés à chaque unité géographique opérationnelle du PNC du pays.

Il convient de noter que les valeurs de l'indice de priorité ne doivent être interprétées que dans un contexte national ; ces valeurs ne doivent pas être comparées entre les pays.

Figure 4. Aperçu de l'étape 2 (calcul de l'indice de priorité)

<p>1. Gérer les données manquantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer si des données sont manquantes et trouver un moyen de gérer la situation
<p>2. Déterminer quel est l'indicateur pertinent à utiliser pour la positivité des tests de dépistage du choléra</p>	<ul style="list-style-type: none"> Calculer la couverture hebdomadaire des tests Évaluer la représentativité des tests de dépistage du choléra Déterminer quel indicateur pour la positivité des tests doit être inclus dans l'indice de priorité
<p>3. Calculer l'indice de priorité</p>	<ul style="list-style-type: none"> Calculer les indicateurs Attribuer un score aux indicateurs Calculer l'indice de priorité

2. Définition des indicateurs

Le **Tableau 2** décrit les indicateurs à calculer pour déterminer l'indice de priorité.

Les indicateurs épidémiologiques (c.-à-d., incidence, persistance et mortalité) sont directement utilisés dans le calcul de l'indice de priorité.

L'indicateur « couverture hebdomadaire des tests » est utilisé pour évaluer la représentativité des données de dépistage du choléra. Il sert ensuite à déterminer quel indicateur pour la positivité des tests de dépistage du choléra, le cas échéant, devra être inclus dans le calcul de l'indice de priorité. En fonction de la représentativité des données relatives au dépistage du choléra, l'indicateur pour la positivité des tests de dépistage du choléra peut être soit inclus dans l'indice de priorité – sous forme du taux de positivité ou du nombre d'années pour lesquelles des cas ont été confirmés – soit exclu de l'indice de priorité.

Tableau 2. Indicateurs permettant d'établir l'indice de priorité

Indicateurs	Calcul et définition
Indicateurs épidémiologiques	
Incidence	<p>Le taux d'incidence du choléra dans une unité géographique opérationnelle du PNC est calculé en divisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre total de cas de choléra (cas suspects et cas testés positifs) signalés dans l'unité au cours de la période d'analyse par - le temps-personne cumulé (c.-à-d. la somme de la population annuelle de l'unité géographique au cours de la période d'analyse), puis en multipliant par 100 000. <p>Cet indicateur correspond au nombre de cas de choléra signalés pour 100 000 personnes-années au cours de la période d'analyse.</p>
Mortalité	<p>Le taux de mortalité du choléra dans une unité géographique opérationnelle du PNC est calculé en divisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre total de décès dus au choléra signalés dans l'unité au cours de la période d'analyse par - le temps-personne cumulé (c.-à-d. la somme de la population annuelle au cours de la période), puis en multipliant par 100 000. <p>Cet indicateur correspond au nombre de décès dus au choléra pour 100 000 personnes-années signalés dans l'unité au cours de la période d'analyse.</p>
Persistence	<p>La persistance du choléra dans une unité géographique opérationnelle du PNC est calculée en divisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de semaines, au cours de la période d'analyse, pour lesquelles au moins un cas suspect de choléra a été signalé par - le nombre total de semaines au cours de la période d'analyse <p>Cet indicateur correspond au pourcentage de semaines, au cours de la période d'analyse, pour lesquelles au moins un cas suspect de choléra a été signalé dans l'unité.</p>
Indicateur pour évaluer la représentativité du dépistage du choléra	
Couverture hebdomadaire des tests	<p>La couverture hebdomadaire des tests de dépistage du choléra dans une unité géographique opérationnelle du PNC est calculée en divisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de semaines, au cours de la période d'analyse, pour lesquelles au moins un cas suspect de choléra signalé a été testé (quelle que soit la méthode de test appliquée et indépendamment du résultat) par - le nombre de semaines, au cours de la période d'analyse, pour lesquelles au moins un cas suspect de choléra a été signalé <p>Cet indicateur correspond au pourcentage de semaines, au cours de la période d'analyse, pour lesquelles au moins un cas suspect de choléra a été testé, parmi toutes les semaines pour lesquelles au moins un cas suspect a été signalé dans l'unité.</p>
Indicateurs à utiliser pour la positivité des tests de dépistage du choléra	
Taux de positivité (indicateur à privilégier si la représentativité le permet)	<p>Le taux de positivité dans une unité géographique opérationnelle du PNC est calculé en divisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de cas suspects de choléra signalés qui ont été testés positifs au cours de la période d'analyse (quelle que soit la méthode de test appliquée) par - le nombre de cas suspects de choléra signalés qui ont été testés au cours de la période d'analyse (quelle que soit la méthode de test appliquée). <p>Cet indicateur correspond au taux de positivité du choléra dans l'unité au cours de la période d'analyse.</p>
Nombre d'années pour lesquelles au moins un cas a été testé positif	<p>Cet indicateur correspond au nombre d'années pour lesquelles au moins un cas a été testé positif pour le choléra (quelle que soit la méthode de test appliquée) dans l'unité géographique opérationnelle du PNC au cours de la période d'analyse.</p>

3. Données manquantes

Pour limiter les biais, il est préférable que les données de toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC soient disponibles pour toute la période d'analyse.

S'il manque des données pour certaines unités ou pour certaines périodes, il convient dans un premier temps de communiquer avec la ou les personnes de référence responsables de la surveillance, pour bien faire la distinction entre un signalement volontaire de valeurs nulles et l'absence de données, et pour récupérer le plus de données manquantes possible.

S'il manque toujours des données, il convient d'observer les principes suivants :

- Si, pour une année donnée, il manque des données pour un **grand nombre d'unités géographiques opérationnelles du PNC et pour plus d'un indicateur**, il est recommandé d'exclure l'année en question du calcul de l'indice de priorité pour le choléra.
- Si, pour une année donnée, il manque des données pour un **grand nombre d'unités géographiques opérationnelles du PNC et pour un indicateur**, il est recommandé d'exclure l'année en question du calcul du score de l'indicateur. Les autres indicateurs doivent être calculés pour la totalité de la période d'analyse.
- Si, pour une année donnée, il manque des données pour un **nombre restreint d'unités géographiques opérationnelles du PNC**, il est recommandé d'exclure les unités en question du calcul de l'indice de priorité pour le choléra (étape 2). Les unités concernées doivent être évaluées par les parties prenantes lors de la validation, et ce en tenant compte des indicateurs disponibles et de la présence de facteurs de vulnérabilité (étape 3).
- S'il manque des données pour un **grand nombre d'années**, il est recommandé de déterminer si une ou plusieurs autres sources de données sont disponibles, et de reconsidérer le cas échéant la période d'analyse sélectionnée (étape 1). Si les problèmes persistent, la ligne de conduite à adopter doit être déterminée au cas par cas.
- Les mesures permettant d'améliorer le caractère exhaustif du signalement et de l'enregistrement systématiques des données de surveillance du choléra (données épidémiologiques et de dépistage) doivent être planifiées dans le PNC.

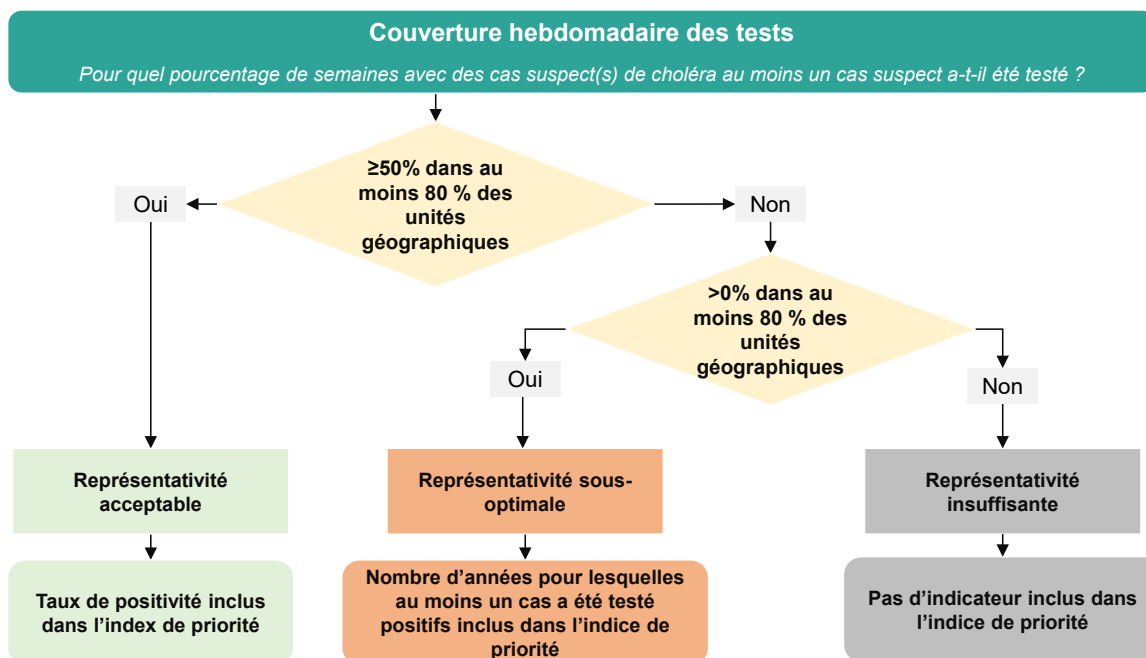
4. Évaluation de la représentativité du dépistage du choléra

Cette étape sert à évaluer la représentativité du dépistage du choléra, pour déterminer si la positivité des tests de dépistage du choléra doit être incluse, et comment, dans le calcul de l'indice de priorité. Le dépistage du choléra dans le cadre de stratégies systématiques n'est pas encore une pratique courante en matière de surveillance. Le but de cette étape est donc de limiter l'introduction de biais dans le calcul de l'indice de priorité (p. ex. avec l'attribution d'une plus grande priorité aux unités géographiques opérationnelles du PNC pour lesquelles la positivité des tests s'avère plus importante en raison d'une capacité accrue de dépistage).

Globalement, et conformément aux recommandations du GTFCC relativement à la surveillance, au moins un cas suspect doit être testé pour le choléra (quelle que soit la méthode de test appliquée) pour toutes les semaines pour lesquelles des cas suspects de choléra sont signalés dans une unité géographique opérationnelle du PNC (c.-à-d. que la couverture hebdomadaire des tests de dépistage devrait être de 100 %). Cependant, comme les pratiques en matière de dépistage peuvent varier de façon notable, il est essentiel d'évaluer la représentativité des données de dépistage du choléra disponibles.

L'évaluation de la représentativité des tests de dépistage du choléra, décrite à la **Figure 5**, repose sur l'indicateur « couverture hebdomadaire des tests » (tel que défini dans le **Tableau 2**).

Figure 5. Procédure pour déterminer quel indicateur pour les tests de dépistage du choléra doit être inclus dans le calcul de l'indice de priorité



Si la couverture hebdomadaire des tests de dépistage est $\geq 50\%$ pour au moins 80 % des unités, la représentativité du dépistage du choléra est considérée comme **acceptable** et l'indicateur « taux de positivité » doit être inclus dans l'indice de priorité.

Si les conditions pour inclure cet indicateur ne sont pas remplies, mais que la couverture hebdomadaire des tests de dépistage est $>0\%$ pour au moins 80 % des unités, la représentativité du dépistage du choléra est considérée comme **sous-optimale**. Dans ce cas, l'indicateur pour la positivité des tests de dépistage du choléra correspondra au nombre d'années pour lesquelles des cas ont été testés. De plus, un renforcement du dépistage systématique du choléra doit être inclus dans le PNC.

Si la couverture hebdomadaire des tests de dépistage est $>0\%$ dans moins de 80 % des unités géographiques, la représentativité du dépistage du choléra est considérée comme **insuffisante** et ne pourra pas être incluse dans l'indice de priorité. Seulement trois indicateurs seront alors utilisés pour calculer l'indice de priorité (c.-à-d. incidence, mortalité et persistance) et un renforcement du dépistage systématique du choléra doit être planifié de façon hautement prioritaire dans le PNC.

Si la couverture hebdomadaire des tests de dépistage ne peut pas être calculée pour toutes les unités, l'indicateur « taux de positivité » (des tests de dépistage du choléra) ne peut pas être inclus dans l'indice de priorité. Des mesures permettant d'améliorer le dépistage systématique et d'intégrer les données épidémiologiques et les résultats du dépistage doivent être planifiées de façon hautement prioritaire dans le PNC.

5. Attribution d'un score aux indicateurs

○ Indicateurs épidémiologiques

Les indicateurs épidémiologiques (c.-à-d., incidence, mortalité et persistance) sont classés dans l'une des quatre catégories de score en fonction des 50^e (valeur médiane) et 80^e percentiles de leur distribution. Les seuils de distribution (valeur médiane et 80^e percentile) doivent être calculés à partir des données provenant des unités géographiques opérationnelles du PNC pour lesquelles au moins un cas de choléra a été signalé au cours de la période d'analyse.

Pour chaque indicateur épidémiologique, un score de zéro à trois points est attribué à chaque unité (**Tableau 3**). Par exemple, si l'incidence dépasse la valeur médiane, mais est inférieure au 80^e percentile de la distribution de l'incidence dans toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC, un score de deux points est attribué à l'indicateur « incidence ».

Tableau 3. Attribution d'un score aux indicateurs épidémiologiques

Indicateur épidémiologique	Score			
	0 point	1 point	2 points	3 points
Incidence*	Pas de cas	>0 et <valeur médiane	≥valeur médiane et <80 ^e percentile	≥80 ^e percentile
Mortalité**	Pas de décès	>0 et <valeur médiane	≥valeur médiane et <80 ^e percentile	≥80 ^e percentile
Persistance*	Pas de cas	>0 et <valeur médiane	≥valeur médiane et <80 ^e percentile	≥80 ^e percentile

* Taux calculé à partir des données provenant des unités géographiques opérationnelles du PNC pour lesquelles au moins un cas de choléra a été signalé au cours de la période d'analyse

** Taux calculé à partir des données provenant des unités géographiques opérationnelles du PNC pour lesquelles au moins un décès de choléra a été signalé au cours de la période d'analyse

○ **Indicateur à utiliser pour la positivité des tests de dépistage du choléra**

Si la représentativité du dépistage du choléra est acceptable, l'indicateur à utiliser pour la positivité des tests de dépistage du choléra correspond au taux de positivité (**Figure 5**). Le taux de positivité est classé dans l'une des quatre catégories de score (voir la description dans le **Tableau 4**) et un score de positivité des tests de dépistage du choléra, de zéro à trois points, est attribué à chaque unité géographique opérationnelle du PNC.

Si la représentativité du dépistage du choléra est sous-optimale, l'indicateur à utiliser pour la positivité des tests de dépistage du choléra correspond au nombre d'années pour lesquelles au moins un cas a été testé positif (**Figure 5**). Le nombre d'années pour lesquelles au moins un cas a été testé positif est classé dans l'une des trois catégories de score (voir la description dans le **Tableau 4**) et un score de positivité des tests de dépistage du choléra, de zéro à deux points, est attribué à chaque unité géographique opérationnelle du PNC. Le score maximal est plus bas que celui des autres indicateurs afin de réduire le poids relatif de cet indicateur dans l'indice de positivité.

Tableau 4. Attribution d'un score à l'indicateur pour la positivité des tests de dépistage du choléra

Couverture hebdomadaire des tests	Indicateur pour la positivité des tests de dépistage du choléra	Score			
		0 point	1 point	2 points	3 points
Acceptable	Taux de positivité	0 %	≤10 %	>10 % et ≤30 %	>30 %
Sous-optimale	Nombre d'années pour lesquelles au moins un cas a été testé positif	0	1	>1	Sans objet
Insuffisante	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet

6. Résultats

L'indice de priorité est calculé pour chaque unité géographique opérationnelle du PNC en additionnant les scores des indicateurs de la façon suivante :

$$\text{Indice de priorité} = \text{score de l'incidence} + \text{score de la mortalité} + \text{score de la persistance} + \text{score de la positivité des tests de dépistage du choléra (le cas échéant)}$$

Il est conseillé de présenter le résultat du calcul de l'indice de priorité (étape 2) en utilisant :

- l'onglet intitulé « R.3| Tableau indice de priorité » de [l'outil Excel du GTFCC](#), pour obtenir un aperçu exhaustif des indicateurs clés en fonction des valeurs de l'indice de priorité (notamment, pourcentages relatifs de la population, du nombre de cas et du nombre de décès) ;
- un ensemble de cartes présentant les scores de chaque indicateur et de l'indice de priorité pour chaque unité géographique opérationnelle du PNC.

Ces tableaux et ces cartes seront utiles pour la validation par les parties prenantes à l'étape 3 (voir la section suivante).

ÉTAPE 3 : VALIDATION PAR LES PARTIES PRENANTES

1. Objectifs et format

Le tableau récapitulatif de l'indice de priorité et les cartes préparés à l'étape 2, et le tableau des facteurs de vulnérabilité préparé à l'étape 1 (le cas échéant) doivent être utilisés pour mobiliser les acteurs multisectoriels dans le cadre d'un atelier consacré à la validation.

Au cours de l'atelier, les parties prenantes valideront les données, décideront de la valeur seuil de l'indice de priorité et finaliseront une liste des PAMI en vue d'une planification des interventions dans le cadre du PNC. La liste définitive des PAMI doit comprendre toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC qui peuvent bénéficier d'au moins une intervention.

Les PAMI ne recevront pas forcément toutes les mêmes interventions. Il convient de déterminer la ou les interventions les plus pertinentes pour chaque PAMI après avoir effectué une analyse de la situation et réalisé une évaluation contextuelle (prochaines étapes du développement du PNC).

Le processus de validation doit inclure les avis des parties prenantes et des experts à l'échelle locale et nationale et provenant de divers secteurs, notamment de l'eau, de l'hygiène, de l'assainissement, de la santé et de la finance. Il est recommandé que la consultation se déroule sous la forme d'un atelier participatif. Les objectifs du processus de validation par les parties prenantes sont les suivants :

- Obtenir un consensus sur **la valeur seuil de l'indice de priorité**.
- Obtenir un consensus sur la **liste définitive des PAMI**.

Les activités mises en œuvre à l'étape 3 sont décrites à la **Figure 6** et dans les sections qui suivent.

Figure 6. Aperçu de l'étape 3 (validation par les parties prenantes)

<p>1. Planifier et organiser un atelier consacré à la validation par les parties prenantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs à mobiliser • Préparer les documents de travail • Coordonner l'organisation de l'atelier
<p>2. Animer l'atelier de validation par les parties prenantes</p>	<p>2.a. Obtenir un consensus sur la valeur seuil de l'indice de priorité et sur la liste initiale des PAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter divers scénarios pour décider de la valeur seuil de l'indice de priorité • Discuter de la liste initiale des PAMI générée à l'aide de l'onglet « R.5] Export tableau PAMI » de l'outil Excel du GTFCC • Obtenir un consensus sur la valeur seuil de l'indice de priorité et sur la liste initiale des PAMI, en tenant compte de la faisabilité et des retombées potentielles du PNC <p>2.b. [facultatif] Obtenir un consensus sur la liste des (éventuelles) PAMI supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir un consensus sur toute unité géographique opérationnelle du PNC qui correspond à une PAMI supplémentaire, en tenant compte i) du risque d'un manque de fiabilité de l'indice de priorité, et ii) de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité présents

3. Rédiger un rapport pour documenter l'identification des PAMI

- Rédiger un rapport sur les méthodes d'identification des PAMI et les résultats correspondants, conformément au modèle de rapport présenté à l'annexe 2. **Modèle de rapport sur l'identification des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra.**

4. Procéder aux prochaines étapes du développement du PNC

- Coordonner le passage aux prochaines étapes du développement du PNC, conformément au [Document d'orientation provisoire destiné à accompagner les pays pour l'élaboration de leur Plan national contre le choléra](#)
-

2. Liste initiale des PAMI en fonction de l'indice de priorité

Toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC dont l'indice de priorité est supérieur ou égal au seuil sélectionné pour l'indice de priorité figureront dans la liste initiale des PAMI.

La valeur seuil doit être fixée par consensus par les participants à l'atelier de validation, après réflexion quant à la façon d'équilibrer les principes de faisabilité et de retombées potentielles :

- La **faisabilité** de cibler toutes les PAMI dans le cadre du PNC, étant donné les ressources disponibles pour soutenir la mise en œuvre. C'est-à-dire, « Quel nombre de PAMI et quel pourcentage de la population bénéficieraient d'au moins une intervention au seuil sélectionné dans le cadre du PNC ? »
- Les **retombées potentielles** en ce qui concerne l'atteinte des objectifs nationaux en matière de lutte contre le choléra, en ciblant l'ensemble des PAMI. C'est-à-dire, « Quel pourcentage des cas de choléra et des décès a été signalé dans les PAMI au seuil sélectionné ? »

La sélection d'un seuil trop bas pour l'indice de priorité (c.-à-d. entraînant un grand nombre de PAMI) pourrait conduire à un PNC particulièrement ambitieux qui ne serait pas réalisable avec les ressources disponibles. La sélection d'un seuil trop haut pour l'indice de priorité (c.-à-d. entraînant un petit nombre de PAMI) pourrait avoir des retombées limitées, car le PNC desservirait moins de zones touchées par le choléra dans le pays.

3. Évaluation facultative des facteurs de vulnérabilité par les parties prenantes

La liste définitive des PAMI doit comprendre en priorité les unités géographiques opérationnelles du PNC suivantes :

- Celles dont l'indice de priorité est supérieur au seuil (propre au pays) de l'indice de priorité **et**
- À titre exceptionnel, celles dont l'indice de priorité est peu fiable et qui présentent des facteurs de vulnérabilité propres au contexte.

Il est possible que les unités géographiques opérationnelles du PNC pour lesquelles l'indice de priorité manque de fiabilité (tel qu'identifié à l'étape 1) fassent l'objet d'une évaluation supplémentaire facultative par les parties prenantes pour déterminer si elles doivent être incluses dans la liste définitive des PAMI (pour plus de détails, consulter la section « **Éléments à prendre en compte lors de l'évaluation de la vulnérabilité** »). Il n'est pas recommandé d'évaluer tous les facteurs de vulnérabilité pour toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC. L'évaluation de la vulnérabilité est une étape facultative qui doit être réalisée uniquement pour les unités dont l'indice de priorité manque de fiabilité et qui pourraient devoir être ajoutées à la liste définitive des PAMI.

L'objectif de cette évaluation est de dégager un consensus pour déterminer celles qui seront ajoutées à la liste des PAMI, en tenant compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité présents dans ces unités. Diverses approches participatives peuvent être envisagées pour aider les parties prenantes à prendre une telle décision. Parmi les approches possibles, on trouve par exemple le fait de s'entendre sur un nombre maximal d'unités géographiques opérationnelles du PNC supplémentaires ou sur un pourcentage maximal

total de population à inclure dans la liste définitive des PAMI (par exemple, le nombre de PAMI supplémentaires ne doit pas être supérieur à X % du nombre d'unités géographiques opérationnelles du PNC incluses dans la liste initiale des PAMI).

L'**inclusion d'unités géographiques opérationnelles du PNC supplémentaires** dans la liste définitive des PAMI doit être dûment **justifiée et documentée** dans le rapport sur l'identification des PAMI.

4. Résultats – liste définitive des PAMI

La liste définitive des PAMI doit comprendre toutes les unités géographiques opérationnelles du PNC dont l'indice de priorité est supérieur au seuil de l'indice de priorité (« liste initiale des PAMI ») et, éventuellement, un nombre limité d'unités dont l'indice de priorité se situe sous le seuil, mais qui ont été identifiées comme fortement vulnérables à une transmission du choléra (« liste des PAMI supplémentaires »). Il convient de noter qu'il n'est pas conseillé de retirer des PAMI de la liste initiale, quelle qu'en soit la raison, au moment de créer la liste définitive.

Une fois que les parties prenantes ont validé la liste définitive des PAMI, le processus d'identification des PAMI doit être documenté dans un rapport (voir **Annexe 2. Modèle de rapport sur l'identification des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra**). Puis, il convient de passer à l'étape suivante de la phase de mise en œuvre du PNC (c.-à-d., l'analyse de la situation).

Remarques tirées d'expériences vécues : les bienfaits d'une validation participative par les acteurs

Les pays qui ont eu recours à une approche participative à l'étape de validation par les parties prenantes ont signalé qu'une telle approche avait été déterminante pour optimiser la participation des parties prenantes et le consensus en vue des prochaines étapes du développement du PNC.

Le format le plus adapté pour la validation participative de la liste définitive des PAMI doit être déterminé par les autorités du pays, en tenant compte de facteurs tels que la structure administrative, la taille du pays, les ressources disponibles pour la tenue d'un atelier, etc.

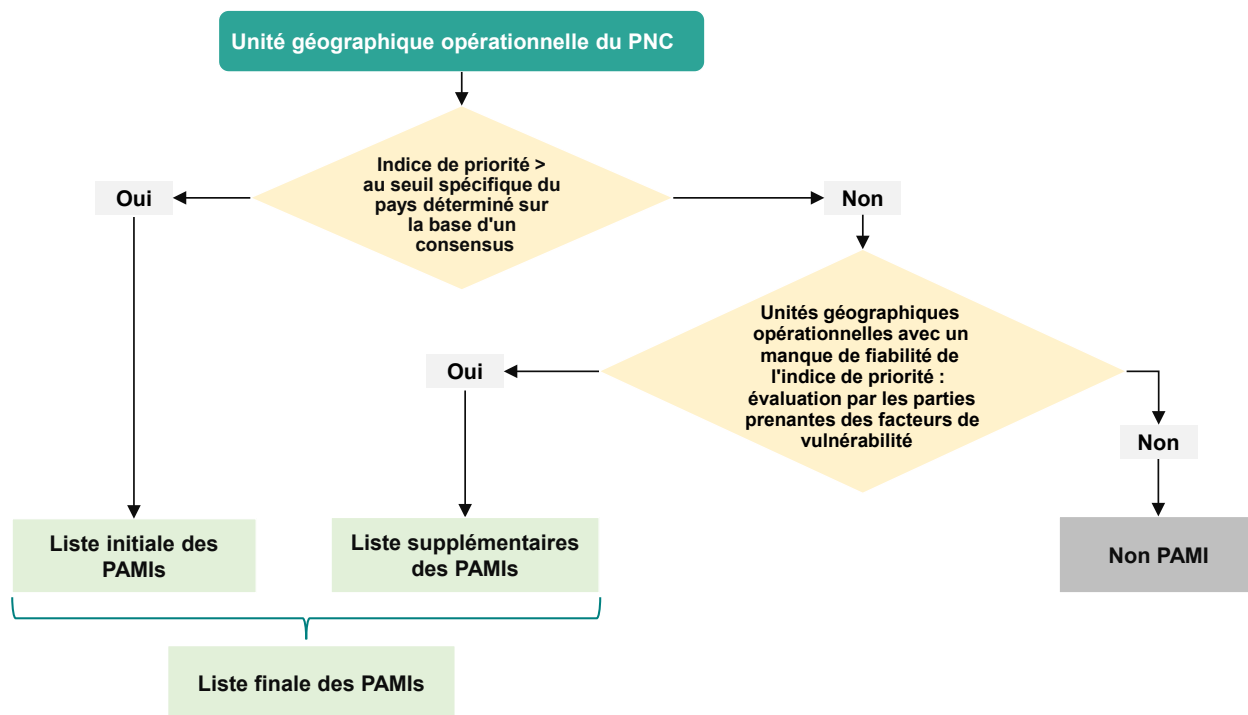
À titre d'exemple :

- En République démocratique du Congo, la validation participative par les parties prenantes s'est déroulée dans le cadre d'un atelier de cinq jours ayant rassemblé en personne les acteurs à l'échelle centrale et provinciale, y compris des représentants du secteur de la santé et du secteur WASH. Un consensus sur la liste définitive des PAMI a été obtenu grâce à des petits groupes de travail composés de représentants locaux, suivis d'une restitution et de discussions en plénière pour établir la liste définitive des PAMI. La participation à l'échelle infranationale représente une valeur ajoutée. Elle garantit la prise en compte du contexte et de l'expérience à l'échelle locale.
- Au Mozambique, la validation participative par les parties prenantes s'est déroulée en deux temps. Premièrement, une étroite collaboration des responsables à l'échelle nationale et infranationale leur a permis de recueillir les données épidémiologiques nécessaires à l'identification des PAMI. Cette collaboration s'est déroulée par l'intermédiaire d'interactions aussi bien à distance qu'en personne. Puis, un atelier de validation participative a rassemblé les parties prenantes à l'échelle centrale et infranationale pour qu'elles puissent analyser les données recueillies, présenter les résultats de l'analyse et en discuter, et générer la liste définitive des PAMI.

5. Résumé

Le processus décisionnel permettant d'obtenir une liste définitive des PAMI dans le cadre de la lutte contre le choléra est résumé à la **Figure 7**.

Figure 7. Arbre décisionnel pour l'étape 3 (validation par les parties prenantes)



ANNEXE 1. FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Cette annexe présente une liste des facteurs de vulnérabilité, à titre indicatif, qui pourraient être pris en compte lors de l'évaluation de la vulnérabilité, une étape facultative de l'étape 3.

1. Zones transfrontalières situées à proximité de zones touchées par le choléra ou classifiées comme PAMI

L'objectif de cet indicateur est de pouvoir envisager la probabilité de survenue de cas de choléra dans une unité géographique opérationnelle du PNC, provenant d'unités voisines dans d'autres pays.

2. Zones situées le long des grands axes de communication/carrefours d'échange

L'objectif de cet indicateur est d'envisager la probabilité de survenue de cas de choléra dans une unité géographique opérationnelle du PNC, provenant d'unités géographiques faisant partie d'un même important réseau de transport.

Les axes de communication/carrefours seront définis en fonction du contexte national (p. ex. infrastructure de transport, densité de population, profil des mouvements de population). Si besoin, des critères détaillés seront utilisés pour définir cet indicateur, p. ex. au moins une ville de plus de 200 000 habitants au croisement d'au moins trois principaux axes de transport.

3. Zones avec des rassemblements majeurs de population

L'objectif de cet indicateur est de pouvoir évaluer la probabilité de survenue de cas de choléra dans des régions encore vierges de tout cas.

À titre indicatif, une flambée épidémique de choléra est susceptible de se produire dans les cas de rassemblement de la population suivants :

- Rassemblements religieux ou lieux de pèlerinages
- Grands marchés saisonniers/d'animaux
- Rassemblements saisonniers d'une population nomade/pastorale
- Mouvements et rassemblements démographiques professionnels (camps ou campements saisonniers de travailleurs agricoles)

Il est recommandé d'évaluer conjointement ce facteur et les niveaux de services EHA attendus au cours du rassemblement et l'origine des participants au rassemblement (provenant éventuellement de zones touchées par le choléra au sein du pays ou de pays voisins).

4. Zones à forte densité de population ou surpeuplées (par exemple, bidonvilles urbains, camps de réfugiés/de déplacés internes)

Il est recommandé d'évaluer conjointement ce facteur et les facteurs suivants : l'accès à l'eau, l'accès à l'assainissement, et l'accès à l'hygiène. En l'absence de niveaux adéquats de services EHA, une densité démographique élevée/des contextes de surpeuplement peuvent amplifier la transmission du choléra.

5. Zones avec des populations à haut risque (par exemple, travailleurs saisonniers, pêcheurs/mineurs dans des installations informelles)

Il est recommandé d'évaluer conjointement ce facteur et les facteurs suivants : l'accès à l'eau, l'accès à l'assainissement, et l'accès à l'hygiène. En l'absence de niveaux adéquats de services EHA, le choléra est susceptible de se transmettre au sein de ces populations.

6. Populations difficiles d'accès

Une population difficile d'accès est une population qui vit dans une zone à laquelle les acteurs humanitaires et de santé ne peuvent pas régulièrement accéder dans le but d'y assurer des services viables en matière de santé. Des flambées épidémiques de choléra dans ces zones sont susceptibles de mettre en difficulté les capacités de surveillance et de riposte en matière de santé publique.

Les conditions suivantes peuvent rendre les populations difficiles d'accès :

- Caractéristiques physiques naturelles ou d'origine humaine (réalité du terrain, infrastructure de transport limitée)
- Facteurs sociaux, politiques ou culturels (insécurité, conflits, frontières et autres barrières réglementaires)

7. Zones avec une population ayant reçu le vaccin oral contre le choléra il y a plus de trois ans (campagne à deux doses avec une couverture >70 % pour les deux campagnes)

L'objectif de cet indicateur est d'identifier les unités géographiques opérationnelles du PNC dont la population locale a été récemment vaccinée (p. ex. il y a quatre ou cinq ans), ce qui indique des zones ayant été touchées par des flambées épidémiques de choléra ou auparavant désignées comme PAMI. Les campagnes de vaccination par le VCO ont permis à la population d'acquérir une immunité à court terme et ont permis de réduire le nombre de cas et de décès dus au choléra dans les années qui ont suivi la mise en œuvre. Ainsi, en raison des indicateurs épidémiologiques utilisés pour le calcul de l'indice de priorité, il est possible que l'indice de priorité des unités géographiques opérationnelles du PNC correspondantes soit inférieur au seuil de l'indice de priorité.

Il est raisonnable de penser qu'il existait, pendant la mise en œuvre des campagnes de vaccination par le VCO, des facteurs de vulnérabilité au choléra à l'échelle locale qui ont pu être la cible d'interventions multisectorielles allant au-delà des campagnes de vaccination. Il est recommandé d'évaluer conjointement ce facteur et les facteurs suivants : accès à l'eau, accès à l'assainissement, accès à l'hygiène. En l'absence de niveaux adéquats de services WASH, l'unité en question reste susceptible aux flambées épidémiques de choléra et pourrait être considérée comme une PAMI.

8. Zones à haut risque de conditions climatiques et météorologiques extrêmes (par exemple, fortes pluies, inondations, sécheresses)

Des conditions météorologiques extrêmes peuvent entraîner une augmentation de la transmission du choléra et une forte diminution de la capacité de riposte en matière de santé publique pour lutter contre des flambées épidémiques.

9. Zones touchées par des urgences humanitaires complexes

Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, une situation d'urgence complexe peut être définie comme une crise humanitaire dans un pays, une région ou une société où il se produit une rupture significative ou totale de l'autorité nationale en raison d'un conflit interne ou externe, et qui nécessite une réponse internationale qui dépasse le mandat ou les moyens d'action d'un seul organisme ou du programme de pays en cours de l'ONU. De telles situations rendent les populations concernées plus susceptibles d'être victimes d'urgences sanitaires, notamment de flambées épidémiques comme une flambée de choléra, en raison d'une surveillance épidémiologique sous-optimale et de moyens d'action limités.

10. Zones avec plus de 30 % de la population ayant accès à l'eau avec un type d'installation non améliorée

Si une forte proportion de la population a accès à l'eau avec un type d'installation non améliorée, la population peut être plus vulnérable à une transmission du choléra, en particulier si d'autres facteurs de vulnérabilité sont présents.

La définition d'un accès à l'eau avec un type d'installation non améliorée se trouve dans le document [Échelle des services du JMP pour le suivi de l'approvisionnement en eau potable](#). Elle correspond à la somme du pourcentage de la population qui utilise un point d'eau non amélioré (niveau de service « non amélioré » de l'Échelle des services du JMP pour le suivi de l'approvisionnement en eau potable) et du pourcentage de la population qui utilise des eaux de surface (niveau de service « eaux de surface » de l'Échelle des services du JMP pour le suivi de l'approvisionnement en eau potable).

11. Zones avec plus de 50 % de la population ayant accès à l'assainissement avec un type d'installation non améliorée

Si une forte proportion de la population utilise des installations d'assainissement non améliorées, la population peut être plus vulnérable à une transmission du choléra, en particulier si d'autres facteurs de vulnérabilité sont présents.

La définition d'un accès à l'assainissement avec un type d'installation non améliorée se trouve dans le document [Échelle des services du JMP pour le suivi de l'assainissement](#). Elle correspond à la somme du pourcentage de la population qui utilise des installations d'assainissement non améliorées (niveau de service « non amélioré » de l'Échelle des services du JMP pour le suivi de l'assainissement) et du pourcentage de la population qui a recours à une défécation en plein air (niveau de service « Défécation en plein air » de l'Échelle des services du JMP pour le suivi de l'assainissement).

12. Zones avec plus de 50 % de la population sans installation de lavage des mains à domicile

Si une forte proportion de la population ne possède pas d'installation de lavage des mains (pas d'eau ni de savon à domicile), la population peut être plus vulnérable à une transmission du choléra, en particulier si d'autres facteurs de vulnérabilité sont présents.

La définition de l'absence d'installation de lavage des mains sur place à domicile correspond au pourcentage de la population qui ne possède pas d'installation de lavage des mains à domicile (niveau de service « Aucune installation » de l'[Échelle des services du JMP pour le suivi de l'hygiène](#)).

ANNEXE 2. MODÈLE DE RAPPORT SUR L'IDENTIFICATION DES PAMI DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA

CONTEXTE

- Données sur toute identification antérieure de PAMI (méthode, période d'analyse)
- Données sur l'état du PNC et des cibles (passées, actuelles et futures) dans le pays
- Description concise de la situation nationale relative au choléra au cours des dernières années (jusqu'aux 10 dernières années)
- Description concise du système de surveillance du choléra
- Description concise de la stratégie de dépistage du choléra

METHODES

Étape 1. Ensembles de données

Général

- Définition et échelon administratif des unités géographiques opérationnelles du PNC
- Définition de la période d'analyse

Indice de priorité

- Sources des données pour le calcul de l'indice de priorité
- Évaluation de la qualité des données
- Gestion des données manquantes

Facteurs de vulnérabilité [facultatif]

- Liste des facteurs de vulnérabilité mettant en avant leur pertinence dans le contexte du pays
- Critères pour l'identification des unités géographiques opérationnelles du PNC devant subir une évaluation de la vulnérabilité
- Sources des données pour les facteurs de vulnérabilité
- Méthodes pour évaluer les facteurs de vulnérabilité

Étape 2. Calcul de l'indice de priorité

- Échelles de calcul

Étape 3. Validation par les parties prenantes

- Liste des parties prenantes participantes et format des réunions (p. ex. atelier en personne, consultation en ligne, animation pour aider à l'obtention d'un consensus)

RESULTATS

Indice de priorité

- Copie des figures de l'onglet « **R.2] Tableaux récapitulatifs** » de [l'outil Excel du GTFCC](#) : synthèse des données, seuils des scores des indicateurs épidémiologiques, évaluation de la représentativité des tests
- Copie du tableau de l'onglet « **R.3] Tableau indice de priorité** » de [l'outil Excel du GTFCC](#) : tableau récapitulatif des paramètres clés stratifiés selon les valeurs de l'indice de priorité
- Carte des unités géographiques opérationnelles du PNC selon les valeurs de l'indice de priorité

Validation par les parties prenantes

Liste initiale des PAMI

- Valeur seuil de certains indices de priorité et justification du seuil choisi, en tenant compte de la faisabilité et des retombées

- Nombre et pourcentage d'unités géographiques opérationnelles du PNC sélectionnées dans la liste initiale des PAMI, population et pourcentage de la population vivant au sein de ces unités, nombre et pourcentage de cas de choléra et de décès dus au choléra signalés dans ces unités au cours de la période d'analyse

Liste des PAMI supplémentaires – *en cas d'évaluation facultative des facteurs de vulnérabilité*

- Description des facteurs de vulnérabilité présents dans chaque unité géographique opérationnelle du PNC sélectionnée comme PAMI supplémentaire ; valeur de l'indice de priorité de chaque unité géographique opérationnelle du PNC sélectionnée comme PAMI supplémentaire ; justification du fait que l'indice de priorité est considéré comme une sous-estimation du niveau de priorité pour le choléra dans ces unités

Liste définitive des PAMI

- Carte montrant les PAMI de la liste initiale et les PAMI supplémentaires
- Joindre le tableau des PAMI généré à l'aide de l'onglet « **R.5] Export tableau PAMI** » de [l'outil Excel du GTFCC](#)

À L'AVENIR

- Description des prochaines étapes du processus de développement du PNC, y compris un calendrier provisoire