

NOTE D'ORIENTATION SUR L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE CONCERNANT LA RIPOSTE CONTRE LA FLAMBÉE ÉPIDÉMIQUE DE CHOLÉRA DANS LA RÉGION AFRIQUE DE L'EST ET AUSTRALE

SSHAP

Social Science
in Humanitarian
Action Platform

INTRODUCTION

Les flambées épidémiques de choléra s'intensifient dans la région Afrique de l'Est et australe (ESAR) depuis janvier 2023, avec une transmission généralisée et étendue au Malawi et au Mozambique, ainsi que des flambées épidémiques signalées en Tanzanie, en Afrique du Sud, au Zimbabwe, au Burundi et en Zambie.¹ Il existe un risque de propagation accrue causée par les effets du cyclone Freddy, qui a frappé Madagascar, le Malawi et le Mozambique en mars 2023. Les flambées épidémiques se poursuivent en Somalie, en Éthiopie, au Kenya et au Soudan du Sud, où les pays sont confrontés à la sécheresse suite à plusieurs saisons des pluies consécutives lors desquelles les précipitations n'ont pas été assez abondantes.¹ Le contexte de riposte dans la région ESAR est complexe. Cela est dû aux ressources limitées en santé publique, y compris les pénuries de vaccins par voie orale contre le choléra, et aux nombreuses urgences sanitaires et humanitaires simultanées, y compris la réapparition du poliovirus sauvage. L'engagement communautaire dans les ripostes contre les flambées épidémiques de choléra est essentiel, en particulier lorsque l'impact de la COVID-19 continue de se faire sentir dans la région, notamment en ce qui concerne la confiance dans la santé publique et les mesures liées à la vaccination.^{2,3}

La présente note d'orientation a pour objectif d'aider les ministères de la Santé, l'UNICEF et d'autres partenaires de la riposte à concevoir et à mettre en œuvre un engagement communautaire efficace, axé sur la communauté et basé sur des données afin de répondre à la flambée épidémique de choléra. Cette note d'orientation a été rédigée en avril 2023 par Megan Schmidt-Sane et Tabitha Hrynich (IDS), avec la contribution de Stellar Murumba (Internews), Ngonidzashe Macdonald Nyambawaro (IFRC), Eva Niederberger (Anthrologica), Santiago Ripoll (IDS), Nadine Beckmann (LSHTM), Mariana Palavra (UNICEF), et Rachel James (UNICEF). Cette note d'orientation s'inspire de [travaux antérieurs sur le choléra](#) réalisés par la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP).

PRÉSENTATION RAPIDE DU CONTEXTE

Le choléra est une maladie d'inégalité qui affecte de manière disproportionnée les populations les plus vulnérables, en particulier celles qui n'ont pas accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement de base (EHA).^{4,5} Plusieurs conditions et crises majeures et interdépendantes contribuent à l'augmentation actuelle des cas de choléra dans la région ESAR et aux défis sous-jacents inhérents aux soins et traitements du choléra et EHA. Ces conditions et crises comprennent les conflits continus et prolongés, la pauvreté, les nombreux déplacements transfrontaliers, l'urbanisation rapide et les infrastructures urbaines inadéquates, ainsi que les sécheresses et autres conditions météorologiques extrêmes liées au changement climatique.^{4,6-8}

Le choléra est endémique dans certains pays de la région ESAR, avec des variations saisonnières des taux d'infection.^{4,9} Par exemple, au Mozambique, le choléra est endémique depuis les années 1970, avec des saisons de plus en plus variables depuis 2017.⁴ Les populations vulnérables à l'infection par le choléra au Mozambique comprennent celles qui traversent fréquemment les frontières pour se rendre dans d'autres régions au sein desquelles le choléra est endémique, celles qui vivent à proximité de rivières et de lacs, et celles qui sont déplacées en raison des inondations et des conflits (voir [Considérations clés : Perspective socio-comportementale de la préparation et de la riposte communautaires contre le choléra au Mozambique, 2023](#)).¹⁰ Au Malawi, les cas surviennent

généralement pendant la saison des pluies (de novembre à avril) et dans les zones urbaines densément peuplées (voir *Dynamique sociale, comportementale et communautaire liée à la flambée épidémique de choléra au Malawi*)¹¹ ; toutefois, la flambée épidémique en cours – la plus importante que le pays n’ait jamais connue – s’est poursuivie tout au long de la saison des pluies. Au Mozambique et au Malawi, la plupart des cas de choléra concernent des hommes. Les hommes dans ces pays ont également tendance à ne pas avoir recours aux soins de santé et à ne pas avoir accès à des informations de bonne qualité concernant la prévention et le traitement du choléra.

Selon le rapport du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra, « Mettre fin au choléra : feuille de route mondiale jusqu’à 2030 », l’engagement communautaire est une partie intégrale de toute riposte contre le choléra.¹²

Toutefois, les intervenants de la région ESAR ont des difficultés à mettre en œuvre des aspects cruciaux de l’engagement communautaire au sein de leurs interventions en cas de flambée épidémique de choléra. Les actions communes qui manquent dans la riposte au sein de la région ESAR sont les suivantes :

- Faciliter l’élaboration de plans d’action communautaires stratégiques, participatifs et appropriés à l’échelle locale en fonction des risques et des vulnérabilités locaux.
- Trouver les meilleures stratégies pour impliquer les communautés dans la surveillance communautaire.
- Partager et promouvoir les meilleures informations disponibles sur les causes du choléra, les modes de transmission et la manière dont il est pris en charge, tout en reconnaissant les obstacles structurels auxquels les communautés sont confrontées en agissant sur ces informations.¹³
- Renforcer l’utilisation d’outils standardisés pour les retours communautaires et le reporting.

POURQUOI L’ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE EST-IL IMPORTANT POUR LA RIPOSTE CONTRE LES FLAMBÉES ÉPIDÉMIQUES DE CHOLÉRA ?

L’engagement communautaire lors d’interventions d’urgence sanitaire est souvent confondu avec la communication des risques. Bien que ces deux approches se recoupent, elles sont distinctes. L’engagement communautaire est une approche collaborative dans le cadre de laquelle les intervenants officiels et les membres des communautés affectées par le choléra ou à risque travaillent ensemble pour prévenir les flambées épidémiques de choléra et y répondre.¹⁴ La communication des risques est souvent unilatérale et vise à fournir des informations. Ce type de communication est généralement utilisé pour transmettre des détails concernant la manière dont les populations peuvent prévenir la transmission en adoptant un changement de comportement ; pourquoi, quand et où les populations peuvent obtenir de l’aide ; comment les populations peuvent s’occuper de proches infectés en toute sécurité et de manière efficace, ainsi que la disponibilité et l’efficacité des vaccins.

Les membres de la communauté et les intervenants sont susceptibles de collaborer à la conception et à la diffusion de messages de communication des risques pertinents à l’échelle locale.

Encadré 1. Faire la différence : l’engagement de la communauté religieuse au Soudan du Sud

Au Soudan du Sud, les partenaires Communication des risques et engagement communautaire (CREC) d’Internews ont mobilisé le Conseil des Églises afin de partager des informations et de soutenir la mobilisation au sein de certaines communautés religieuses du pays. Toutefois, au cours de la mission, les partenaires ont appris que certaines communautés religieuses, telles que les adventistes du septième jour et les témoins de Jéhovah, n’étaient pas représentées au sein du conseil. En outre, ils ont appris que de nombreux chefs religieux au sein de paroisses isolées répandaient de fausses informations sur le choléra, y compris concernant le vaccin.

Les partenaires CREC ont rapidement appris qu’il était important de comprendre précisément la manière dont les différentes institutions religieuses étaient structurées et de veiller à ce que le travail d’engagement communautaire implique les communautés et les institutions religieuses dès le départ. Cette compréhension a engendré l’amélioration des activités CREC, y compris le soutien et le renforcement des initiatives de mobilisation de masse des églises locales, des guérisseurs traditionnels et d’autres personnes influentes de confiance.

L'engagement communautaire peut également être utilisé afin de mener de manière plus efficace une série d'autres activités de riposte, y compris :

- 1. Surveillance, détection précoce et signalement.** Les communautés sont souvent les premières à identifier les cas de choléra et à les signaler aux intervenants sanitaires. L'engagement communautaire peut aider à instaurer la confiance et à renforcer cet échange d'informations. Un échange accru des informations permet aux intervenants officiels d'identifier rapidement les cas et d'y répondre. Le même canal supporte également l'échange d'autres informations essentielles, comme la manière dont les interventions sont perçues au sein de la communauté et les types d'informations, y compris les rumeurs, qui circulent.
- 2. Prévention et contrôle.** Outre le fait de contribuer à l'élaboration et à l'adaptation de messages de communication des risques qui trouvent un écho auprès des populations touchées, l'engagement communautaire, notamment par les retours et la collecte de données qualitatives, peut fournir des informations essentielles pour veiller à ce que d'autres mesures préventives soient efficaces et adaptées au contexte local. Les mesures préventives comprennent la vaccination, les pratiques EHA et les pratiques funéraires sécurisées et dignes, comme le lavage des corps des défunts.
- 3. Traitement et soins.** Collaborer avec les membres de la communauté afin de concevoir des parcours de traitement et de soins peut aider à faire en sorte que ces parcours soient réalistes, accessibles et acceptables, et qu'ils ne contribuent pas à exacerber la stigmatisation associée au choléra. Cet engagement constitue un élément essentiel pour renforcer la confiance dans la riposte.

Le fait de ne pas impliquer les membres de la communauté dans la riposte contre le choléra peut engendrer des activités inappropriées et inefficaces dans des contextes locaux et qui donnent l'impression d'être intrusives, condescendantes ou suspectes. Dans des contextes où les personnes peuvent raisonnablement se sentir abandonnées, exclues, voire même activement marginalisées ou ciblées par des « étrangers » (c.-à-d. des personnes extérieures à la communauté touchée, y compris des personnes provenant d'autres parties de la région ou du pays, et des intervenants internationaux), la méfiance vis-à-vis des interventions « de l'extérieur » peut être profonde et compromettre les initiatives de riposte (voir Encadré 2.)¹⁵

Encadré 2. Méfiance vis-à-vis de la riposte contre le choléra au Malawi

La méfiance vis-à-vis des agents de santé de la part des villageois dans certains districts du Malawi touchés par la récente flambée épidémique de choléra a engendré une résistance majeure dans certaines régions. Cette résistance s'est manifestée par une attaque contre le centre de santé Nandumbo dans le district de Balaka après que les villageois ont accusé les agents de santé de propager le choléra en utilisant des seringues contaminées. Un engagement communautaire accru pour renforcer la transparence et la collaboration pourrait contribuer à augmenter le degré de confiance entre les communautés affectées et les intervenants dans ce contexte et dans d'autres.

Il est essentiel de comprendre le contexte local actuel avant de concevoir des activités d'engagement communautaire. Il n'est peut-être pas évident de communiquer avec des « initiés », comme par exemple les dirigeants communautaires, car ils sont susceptibles d'avoir des idées très différentes de la riposte appropriée ou il peut y avoir des relations conflictuelles entre les différents groupes communautaires. En définitive, les plans d'engagement communautaire doivent être adaptés aux réalités du terrain qui sont souvent complexes et dynamiques. Il est préférable d'évaluer régulièrement le plan d'engagement communautaire et de l'adapter au besoin. Les retours communautaires et les données sociales et comportementales peuvent contribuer à cette évaluation et à cette adaptation.

ORIENTATIONS POUR UN ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE EFFICACE

Principes fondamentaux de l'engagement communautaire

Il n'existe pas de « meilleure » façon d'aborder l'engagement communautaire. En revanche, ce qui est le « mieux » dépend fortement de l'ampleur et de la progression de la flambée épidémique de choléra et du contexte local au sein duquel les activités d'engagement communautaire sont mis en œuvre. Par exemple, les stratégies appropriées varieront en fonction des groupes ou des localités les plus touchés et des personnes que la communauté affectée estime comme étant dignes de confiance. Toutefois, il existe certains principes que les intervenants de la riposte peuvent garder à l'esprit lorsqu'ils cherchent à mettre en œuvre un engagement communautaire efficace pour la riposte contre le choléra.¹⁶

L'engagement communautaire devrait :

- **Être intégré et coordonné.** L'engagement communautaire n'est pas seulement un aspect de la communication des risques. Il devrait être intégré dans tous les piliers de la riposte, comme il est mentionné dans la section suivante. L'engagement communautaire devrait également s'appuyer sur des activités antérieures et/ou existantes de promotion de l'hygiène, plutôt que de partir de zéro.
- **Être coordonné au-delà des frontières, là où c'est important.** Les informations pertinentes devraient être régulièrement partagées entre les parties prenantes dans tous les pays afin d'assurer une riposte plus homogène et cohérente au-delà des frontières.
- **Être inclusif.** Identifier les personnes les plus à risque d'infection – qui peuvent varier selon le contexte – et mettre l'accent sur leur inclusion dans les activités d'engagement communautaire. Les évaluations de la vulnérabilité peuvent aider à comprendre qui devrait être impliqué et comment. Par exemple, les évaluations peuvent indiquer la nécessité de mener les activités d'engagement dans plusieurs langues, à certains moments et à certains endroits, ou sur certaines plateformes. Des initiatives supplémentaires peuvent également être nécessaires pour les groupes marginalisés à l'échelle locale, tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes issues de groupes minoritaires. Leur implication est essentielle afin de s'assurer que les activités de prévention et d'autres aspects de la riposte sont efficaces pour tous. Les hommes sont potentiellement plus vulnérables au choléra que les femmes et les autres groupes marginalisés à l'échelle locale. Cela peut être dû à leur mobilité accrue, ainsi qu'à un recours à des soins de santé et à une interaction avec les établissements de santé plus limités, ce qui est susceptible de réduire leur accès à des informations fiables en matière de santé.
- **Tenir compte de la dynamique du pouvoir communautaire.** Élaborer des plans et des activités d'engagement communautaire qui permettent une véritable participation des dirigeants informels et aux personnes ayant moins de pouvoir, comme par exemple les membres de groupes vulnérables. Leurs points de vue et leurs capacités sont essentiels à une riposte efficace. Par exemple, le fait d'inclure des espaces réservés aux femmes, des activités adaptées aux enfants et des espaces accessibles aux personnes handicapées peut favoriser la participation d'un plus grand nombre de groupes, tout comme le fait de se rendre dans des endroits et des espaces où ces groupes sont déjà susceptibles de se rassembler. Envisager d'utiliser une cartographie des intervenants ou du pouvoir pour mieux comprendre le contexte avant de concevoir des plans d'engagement communautaire.
- **Établir la confiance. Identifier, prioriser et surveiller les questions relatives à la confiance qui doivent être abordées.** La priorisation devrait viser davantage à rendre la riposte et les intervenants plus dignes de la confiance de la communauté, plutôt que d'essayer de convaincre les membres de la communauté de changer leur attitude vis-à-vis de la riposte. Une manière essentielle de renforcer la confiance dans la riposte et les intervenants consiste à identifier les personnes et les réseaux dignes de confiance à l'échelle locale avec lesquels collaborer, tout en

reconnaissant que ces éléments sont susceptibles de ne pas être évidents. Par exemple, les élites locales, les agents de santé, les militaires, les policiers et les dirigeants gouvernementaux peuvent ne pas être dignes de confiance pour les membres de la communauté. Les herboristes et les autres guérisseurs traditionnels ainsi que les chefs culturels ou religieux¹⁰ sont susceptibles d'être plus influents, bien qu'il ne faille pas tenir cela pour acquis. Demander directement aux membres de la communauté qui est digne de confiance à l'échelle locale. Il est également essentiel pour la confiance de veiller à ce que la communication soit ouverte et honnête et que des mesures aient été établies pour renforcer la responsabilisation des intervenants de la riposte.

- **Atténuer la stigmatisation et la discrimination.** Être conscient du fait que des activités mal conçues pourraient, par inadvertance, stigmatiser les communautés et les groupes affectés. Les flambées épidémiques de choléra peuvent entraîner l'émergence de stigmatisation et de discrimination en raison de l'association perçue de la maladie avec un manque de propreté et d'hygiène. La stigmatisation est susceptible d'engendrer le fait de blâmer la victime ou de qualifier les régions ou les groupes d'« arriérés ». ¹⁷ Mettre l'accent sur les déterminants structurels, tels que le manque d'accès à l'eau potable, peut aider à lutter contre la stigmatisation et la discrimination.
- **Mettre l'accent sur la communication bidirectionnelle.** Éviter de traiter les activités d'engagement communautaire uniquement comme des canaux de diffusion de messages. Il s'agit plutôt de chercher à connaître, écouter, et répondre aux questions et aux préoccupations des membres de la communauté, à leur compréhension du choléra et à leurs idées quant à la manière de réagir efficacement. La communication bidirectionnelle est également liée à la responsabilisation. Encourager les retours sur la qualité et l'efficacité de la riposte et s'engager à apporter des changements lorsque la communauté affirme que cela est nécessaire.
- **Reconnaître et soutenir les capacités communautaires.** Des études ont révélé que les communautés disposaient souvent de leurs propres connaissances et mécanismes d'adaptation pour faire face aux flambées épidémiques de maladie, y compris le choléra. Au Soudan du Sud et en Sierra Leone, par exemple, les communautés ont établi des stratégies de mise en quarantaine et ont modifié leurs habitudes alimentaires et de lavage de la vaisselle et des vêtements, entre autres mesures. ¹⁸ Dans d'autres contextes, les solutions de réhydratation orale (SRO) préparé à la maison, la médecine traditionnelle et la prière ont été identifiées comme importantes. ⁵ Les initiatives d'engagement communautaire devraient viser à identifier et à soutenir les stratégies et pratiques locales, ainsi qu'à tirer parti des capacités locales pour soutenir d'autres mesures de riposte, comme l'embauche de personnes de confiance locales pour travailler en tant que personnes en charge de la recherche des contacts ou dans d'autres aspects de la riposte. Les intervenants devraient également écouter les préoccupations de la communauté au sujet de son manque de capacité ou de ressources à consacrer à la riposte contre le choléra, et apporter une aide en conséquence.
- **Collaborer avec les structures et les cadres des administrations locales.** Notamment dans le cadre des flambées épidémiques généralisées, il peut s'avérer nécessaire de constamment redéfinir les priorités entre les stratégies d'engagement approfondi et les approches plus générales. Travailler en étroite collaboration avec les gouvernements locaux et les acteurs du système de santé – tels que les agents de santé communautaires, les assistants de surveillance sanitaire, les agents de santé environnementale, et les équipes de promotion de la santé – est essentiel pour s'assurer que la qualité de l'engagement n'est pas affectée négativement lorsqu'il est nécessaire d'élargir l'approche.
- **Être flexible.** À l'instar des flambées épidémiques de choléra elles-mêmes, les réponses des communautés à la maladie et aux mesures de riposte peuvent changer de manière imprévisible. Ces changements, qui sont susceptibles de survenir au cours des différentes phases de la flambée épidémique, sont parfois influencés par les activités d'engagement communautaire elles-mêmes, ou par des processus politiques ou sociaux plus larges. Être ouvert à l'adaptation des approches d'engagement communautaire si les choses ne fonctionnent pas ou si les préférences de la communauté évoluent. Les données sociales et comportementales et les retours communautaires peuvent indiquer lorsque le moment est venu d'adapter les stratégies.

Engagement communautaire dans tous les piliers de la riposte

En plus des principes généraux d'engagement communautaire présentés ci-dessus, les activités d'engagement communautaire peuvent être appliquées de manière spécifique à différents aspects de la riposte.

SURVEILLANCE ET DÉTECTION DE CAS

Les lacunes en matière de signalement et les cas de choléra non signalés persistent au sein de la région ESAR.^{4,7} Une approche encourageante consiste à établir une surveillance à base communautaire et à améliorer les systèmes d'alerte précoce. Ce travail peut être effectué de manière efficace au sein de la région ESAR, comme l'ont révélé les ripostes contre d'autres flambées épidémiques. Au Soudan du Sud, par exemple, un système communautaire de surveillance de la paralysie flasque aiguë a contribué à augmenter le taux de signalement de 0,0 % à 56,4 % sur une période de 18 mois.¹⁹ Des apprentissages peuvent être tirés de cet exemple ainsi que d'autres exemples et être appliqués à la surveillance du choléra. Un système de surveillance bien conçu doit comprendre des éléments véritablement participatifs fondés sur les meilleurs principes de l'engagement communautaire.²⁰

Pour une veille communautaire efficace :

- **Concevoir conjointement la surveillance** avec un ensemble de représentants de la communauté afin d'améliorer l'acceptation et l'appropriation au niveau local et d'assurer la pertinence locale du système.
- **Envisager un large éventail d'agents de surveillance à base communautaire**, y compris des agents de santé communautaires et d'autres fournisseurs de soins de santé courants, tels que les herboristes, les guérisseurs traditionnels et les propriétaires de pharmacies. De nombreuses personnes au sein de la région ESAR ont recours à des soins de santé auprès de prestataires de soin traditionnels et biomédicaux occidentaux, ce qui devrait se refléter dans le système de surveillance. Créer des occasions pour permettre aux agents de surveillance à base communautaire de partager les perceptions et les préoccupations de la communauté liées au choléra avec d'autres intervenants de la riposte.
- **Travailler avec les compréhensions locales du choléra**, qui sont axées sur les définitions de cas syndromiques et s'appuient sur les compréhensions locales de la « saleté » et de la pollution.⁵ Former les volontaires communautaires et le personnel chargé de surveillance sanitaire à utiliser ces connaissances dans leur travail quotidien. Utiliser la langue adéquate est également important. Par exemple, différentes langues sont susceptibles de disposer de plusieurs mots pour désigner le choléra. Les mots somaliens pour désigner le choléra sont *daacuun* ou *kaloraa*.²¹
- **Renforcer l'utilisation de tests de diagnostic rapide** par des agents de santé communautaires formés pour assurer un signalement rapide des cas et combler les lacunes en matière de surveillance.
- **Reconnaître que la surveillance à base communautaire comporte des coûts logistiques, financiers et techniques.** Cela comprend les coûts inhérents à la main-d'œuvre communautaire associée à l'exécution des activités de surveillance parallèlement à leurs responsabilités actuelles. Toutefois, l'appropriation au niveau local d'un système de surveillance à base communautaire est essentielle à sa durabilité.

POINTS D'ENTRÉE ET RÉGIONS FRONTALIÈRES

De manière générale, les populations vivant dans les régions frontalières de l'ESAR sont davantage exposées au risque de choléra. Des flambées épidémiques de choléra ont récemment été signalées dans les zones frontalières de l'ESAR, y compris la frontière entre l'Ouganda et la République démocratique du Congo et les frontières entre le Malawi, le Mozambique et la Tanzanie.^{22,23} Dans la région frontalière de l'Ouganda, les flambées épidémiques de choléra survenues en 2015 ont été liées à l'eau contaminée de la rivière Lhubiriha et à des problèmes d'assainissement, comme la défécation en plein air et la manipulation inappropriée des aliments.²² Les communautés frontalières

sont généralement très mobiles, et de nombreuses personnes ont des liens culturels, commerciaux et familiaux de l'autre côté de la frontière. Cette mobilité pose à la fois des défis et des opportunités concernant l'engagement communautaire et le recours aux soins de santé. Les populations sont susceptibles de se déplacer fréquemment, sur une base quotidienne ou hebdomadaire, ce qui fait qu'il est important de concevoir des stratégies d'engagement communautaire qui tiennent compte de la coordination et de l'engagement transfrontaliers. Les stations de lavage des mains et de dépistage sont courantes aux points d'entrée officiels, mais les points d'entrée informels demeurent un défi pour la riposte aux épidémies.

Les meilleures pratiques pour impliquer les communautés frontalières comprennent les éléments suivants :

- **Cartographier le contexte actuel lié aux flambées épidémiques de choléra** dans les régions frontalières, y compris les facteurs contextuels locaux, les facteurs ayant une incidence sur la mobilité, les infrastructures de soins de santé existantes et les influenceurs actuels de confiance y compris les chefs religieux, commerciaux, politiques et culturels.
- **Collaborer avec les mécanismes régionaux et les structures transfrontalières existants** afin d'identifier les synergies potentielles pour l'engagement communautaire.²⁴ Cela est susceptible de comprendre la formation des bénévoles qui effectuent des examens de dépistage aux postes frontières et de s'engager auprès des associations de marché, des représentants des chauffeurs routiers et des dirigeants communautaires qui représentent des populations extrêmement mobiles. Assurer la coordination avec les partenaires qui œuvrent au sein des zones frontalières et au-delà afin d'assurer l'harmonisation des approches en matière de prévention et de traitement du choléra.
- **Concevoir des stratégies de communication bidirectionnelle** spécifiques aux régions frontalières, par exemple en s'appuyant sur des événements locaux, comme par exemple les jours de marché, qui rassemblent des populations des deux côtés de la frontière.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE COMMUNAUTAIRES DES INFECTIONS

Renforcer la confiance et l'engagement communautaire peut améliorer l'adoption des pratiques EHA et l'acceptabilité de l'infrastructure EHA. Les expériences antérieures des flambées épidémiques de choléra révèlent l'importance de l'engagement communautaire dans la prévention et le contrôle des infections. Par exemple, dans le nord du Mozambique, des épisodes de violence sont survenus lorsque des agents de santé ont été accusés d'empoisonner l'eau potable. Dans l'un des cas, cela était dû à la similarité entre le terme portugais pour désigner le chlore (*cloro*) et le terme pour désigner le choléra (*cólera*).⁴

Certaines activités et stratégies de prévention et de contrôle peuvent être mises en œuvre dans les zones touchées par le choléra. Il s'agit notamment d'actions communautaires visant à mettre un terme à la défécation en plein air, de la construction de latrines, de la fourniture d'un point d'utilisation de l'eau potable et de l'amélioration des tests et de la surveillance de la qualité de l'eau, de l'encouragement du traitement des eaux domestiques par l'hypochlorite de sodium, de la gestion des déchets fécaux, et du renforcement de l'accès et de l'utilisation des installations de lavage des mains et des latrines.

Les approches envisageables comprennent les éléments suivants :

- **Envisager de former des équipes locales de prévention et de contrôle du choléra** à l'échelle des villages. Ceux-ci devraient s'appuyer sur les structures et les réseaux communautaires existants, y compris des dirigeants de confiance et respectés. Ces équipes peuvent coordonner les activités de riposte contre le choléra avec les intervenants officiels.
- **Mobiliser des personnes influentes locales dignes de confiance** pour partager des informations appropriées qui encourage le lavage des mains, le traitement de l'eau et d'autres mesures préventives. Les activités et les messages de promotion de la santé et de l'hygiène, adaptés à la culture et aux croyances locales, devraient promouvoir l'adoption de pratiques d'hygiène appropriées, comme le lavage des mains au savon, la préparation et le stockage

sécuritaires des aliments et l'élimination sécuritaire des excréments. Les activités et les messages doivent s'adapter au suivi des rumeurs et aux retours communautaires.

- **Favoriser la participation communautaire à la conception de stations de lavage des mains appropriées** et reconnaître l'importance de placer ces stations dans des endroits accessibles au public.
- **Mettre l'accent sur la façon de mener des interventions ciblées dans la zone des cas (CATI) de manière efficace et non stigmatisante** pour renforcer la confiance et l'adoption de mesures de santé publique. Les interventions CATI reposent sur le principe que la détection précoce des clusters peut contribuer à déclencher une intervention rapide et localisée au sein de la zone à risque élevé. La capacité décentralisée est essentielle pour les interventions CATI, dans la mesure car elle devrait permettre de mieux s'adapter au contexte local et de collaborer avec les capacités et les structures locales existantes.²⁵
- **Reconnaître les causes du choléra dans les activités de promotion de l'hygiène** et mettre l'accent sur le fait que les causes sont une couverture et un accès insuffisants aux services et aux infrastructures EHA, plutôt que de mauvaises pratiques et de mauvais comportements en matière d'hygiène personnelle ou communautaire. Répondre aux rumeurs actuelles ou aux fausses informations au sujet du programme EHA par le biais de l'engagement et de la communication communautaires, y compris par l'intermédiaire de personnes de confiance. Utiliser les enseignements tirés des retours communautaires et de l'engagement pour plaider en faveur des améliorations EHA et sensibiliser au fait que de nombreuses personnes ne peuvent tout simplement pas suivre les mesures de prévention recommandées, même si elles le souhaitent. Ce type d'engagement et de communication communautaire devrait également être mis en œuvre en l'absence de flambée épidémique, afin de sensibiliser les populations au choléra et à ses causes sous-jacentes.

GESTION DES CAS

L'engagement communautaire peut améliorer la gestion des cas de choléra – à domicile, aux points de réhydratation orale, dans les hôpitaux ou les cliniques et lors de la réalisation d'activités CATI. La distribution de SRO au niveau des ménages par des agents de santé communautaires de confiance a contribué au traitement de cas bénins et modérés de choléra.⁵ Les agents de santé communautaires et d'autres personnes influentes locales peuvent également partager des informations sur la préparation de SRO à domicile. Lors des flambées épidémiques, les foyers situés dans les zones sensibles devraient être sensibilisés à l'importance des SRO et encouragés à en avoir prêt à l'emploi ou à savoir les préparer eux-mêmes, en particulier si leurs symptômes apparaissent la nuit. Il est essentiel que les pratiques d'engagement communautaire garantissent que les cas graves sont orientés vers des cliniques, des hôpitaux ou des unités spécialisées pour recevoir une thérapie de réhydratation par voie intraveineuse.

Dans le cadre de l'engagement communautaire à la gestion de cas :

- **Établir des points de réhydratation orale, y compris former et rétribuer** les personnes qui travaillent aux points et encourager les orientations rapides.
- **Examiner attentivement la mise en place de soins décentralisés lors d'une flambée épidémique**, y compris créer des unités et des centres de traitement du choléra. Avant de mettre en place des unités de traitement, établir des dialogues bilatéraux avec les communautés afin de déterminer leur acceptabilité et envisager de les concevoir conjointement avec les membres de la communauté. Par exemple, les unités pourraient fournir de l'espace et des ressources aux agents de liaison communautaires, qui peuvent assurer la circulation de l'information entre le patient et sa famille. Des besoins supplémentaires en matière de protection devraient également être pris en considération, en particulier pour les enfants et les patients vulnérables. Les dialogues communautaires sont également l'occasion de fournir des messages clairs sur ce qui est efficace pour traiter le choléra et ce qui est nocif (par exemple, l'utilisation de « remèdes » **nocifs** tels que le Coca-Cola mélangé avec du bicarbonate de soude ou une solution à base de chlore).

- **Partager les retours et les perceptions communautaires avec les agents de santé** au sein des unités de traitement du choléra (UTC). Cela aide à promouvoir la communication interpersonnelle empathique par le personnel de l'UTC et peut contribuer à soutenir un mécanisme de responsabilisation communautaire pour les agents de l'UTC, par le biais duquel les préoccupations sont rapidement partagées et traitées.
- **Utiliser des approches d'engagement communautaire adaptées pour les interventions CATI**, y compris établir des équipes CATI qui comprennent des représentants communautaires. S'assurer que les équipes CATI travaillent en étroite collaboration avec les responsables locaux de la santé publique, le personnel de l'UTC et un éventail d'autres prestataires de soins de santé. Obtenir et partager quotidiennement des données épidémiologiques sur le choléra, ainsi que les rumeurs liées aux flambées épidémiques et la façon d'y répondre. La gestion des cas doit être effectuée avec tact et de manière à éviter de stigmatiser ou de discriminer les ménages touchés.²⁵
- **S'appuyer sur les réussites antérieures, notamment en collaborant avec les herboristes pour intégrer les SRO** (achetés ou préparés à la maison) dans leurs activités et en adaptant les remèdes traditionnels afin d'intégrer les propriétés de réhydratation.⁵ Collaborer avec les herboristes pour les encourager à orienter les patients vers des soins en établissement si nécessaire.
- **Mobiliser un large éventail de fournisseurs de soins biomédicaux**, y compris des cliniques privées, des pharmacies et des dépôts pharmaceutiques, pour fournir une formation de base sur l'utilisation des SRO, la disposition de stocks adéquats de SRO à vendre et l'orientation vers les soins en établissement. Dans un premier temps, les résidents urbains sont susceptibles d'avoir recours à des traitements auprès des dépôts pharmaceutiques ou des pharmacies, qui sont souvent plus rapides et plus faciles d'accès que les cliniques ou les hôpitaux. Les coûts des SRO devraient également être maintenus bas, y compris lorsque la demande augmente, et cela peut être résolu par des mesures politiques gouvernementales.

ENTERREMENTS SÉCURISÉS ET DIGNES

Les fluides corporels d'une personne décédée du choléra sont hautement infectieux. Sur le plan de la santé publique, les corps doivent être désinfectés et éliminés en toute sécurité dans un site qui n'est pas relié à un aquifère.⁵ Cependant, le deuil exige souvent le lavage rituel et la manipulation du corps par les membres de la famille, et les objectifs de santé publique sont susceptibles de contraster avec les besoins des personnes endeuillées. Il existe des précédents en matière de pratiques sécuritaires (comme les gants et le désinfectant) tout en respectant les besoins religieux des personnes endeuillées.²¹ Des protocoles d'enterrement sécurisés et dignes doivent garantir que les préférences communautaires sont intégrées en toute sécurité et que les protocoles n'excèdent pas ce qui est nécessaire sur le plan médical. Les intervenants qui mettent en œuvre des enterrements dignes et sécurisés doivent :

- **Prendre en considération les pratiques funéraires locales et religieuses.** Par exemple, dans l'islam, le corps est lavé rituellement après le décès et un parfum appelé *adar* est appliqué. De nombreux rituels ne sont pas absolus et peuvent être adaptés à différents contextes. Une solution pourrait être d'incorporer du désinfectant dans les rituels de lavage, avec l'approbation des chefs religieux ou des dirigeants communautaires locaux. Toute adaptation aux rituels doit être conçue conjointement avec les membres de la famille et les chefs religieux.²¹ Lors des dialogues communautaires, informer les communautés de la nécessité de pratiques funéraires sécurisées et dignes et des adaptations acceptables aux rituels.
- **Veiller à ce que la préparation du corps par les agents de santé, le cas échéant, soit respectueuse et transparente.** Permettre à au moins un membre de la famille, à un chef religieux ou à un dirigeant communautaire de confiance d'assister au processus. Permettre également à l'agent de santé de participer à l'intégralité du processus d'inhumation, et pas uniquement à la préparation du corps pour l'enterrement.
- **Collaborer avec les organisateurs de cérémonies funéraires** afin de garantir le lavage des mains et fournir des stations de lavage des mains ou des kits d'hygiène le cas échéant.

VACCINATION PAR VOIE ORALE CONTRE LE CHOLÉRA

Dans les régions au sein desquelles les vaccins administrés par voie orale contre le choléra (VOC) sont homologués et déployés, les programmes de vaccination ont connu un succès mitigé.²⁶ L'engagement communautaire est essentiel pour améliorer la confiance dans les VOC, dans la mesure où les idées reçues concernant les VOC persistent. Les idées reçues comprennent, par exemple, le fait que les vaccins devraient être injectables et que, par conséquent, le vaccin administré par voie orale est inefficace. L'engagement communautaire peut être utilisé pour promouvoir les informations concernant les VOC, tout en répondant aux questions et aux préoccupations.²⁶ La diffusion de messages clairs dans le cadre d'une campagne de VOC a contribué à favoriser la réussite à Nampula, au Mozambique²⁷ et dans la région du lac Chilwa, au Malawi.²⁸ Les VOC ne sont pas des vaccinations systématiques et seuls certains ménages sont vaccinés lors d'une flambée épidémique. Les programmes de vaccination, y compris qui a été choisi et pourquoi, doivent être soigneusement expliqués aux communautés et un espace doit être fourni pour répondre aux questions ou aux préoccupations. Veiller à ce que la riposte adopte une approche équitable à l'égard de la fourniture de VOC, compte tenu de la pénurie globale de VOC.

Les professionnels de l'engagement communautaire doivent :

- **Veiller à ce que les stratégies de campagne de vaccination différencient les populations urbaines et rurales**, en reconnaissant les défis uniques inhérents à la confiance dans les vaccins dans les zones urbaines au sein de la région ESAR.²⁹ Les grandes réunions communautaires, comme celles utilisées pour partager l'information dans les régions rurales, sont susceptibles d'être moins appropriées dans les zones urbaines, ce qui peut nécessiter de faire du porte-à-porte. Les programmes de vaccination dans les zones urbaines devraient envisager d'effectuer des vaccinations le week-end, en utilisant des sites fixes, et de commencer la vaccination tôt le matin et de terminer tard le soir.²⁶
- **Veiller à ce que l'équité soit au cœur de toute stratégie de vaccination.** Les communautés les plus vulnérables au choléra, comme celles qui manquent de services EHA ou qui sont éloignées des services de santé, sont celles qui sont le plus en mesure d'accéder aux VOC et dont les préoccupations sont abordées de manière spécifique.
- **Utiliser le suivi des rumeurs pour comprendre les dernières rumeurs** concernant les VOC et concevoir des approches de communication bidirectionnelle pertinentes, y compris des opportunités pour les membres de la communauté de poser des questions dans le cadre d'une discussion ouverte et de recevoir des réponses pertinentes. Reconnaître les inconnues et les incertitudes lorsqu'elles existent.³⁰ Les initiatives d'engagement communautaire devraient identifier et dissiper les préoccupations et les idées reçues.
- **Collaborer avec les personnes influentes de confiance à l'échelle locale**, comme par exemple les chefs religieux, afin de promouvoir les VOC le cas échéant. Cela pourrait inclure, par exemple, le fait qu'un chef religieux se fasse vacciner publiquement et/ou qu'il partage son expérience de la vaccination et des effets secondaires avec sa congrégation.
- **Utiliser une combinaison de plateformes de communication pertinentes à l'échelle locale** afin de promouvoir la confiance vis-à-vis des VOC et de créer des opportunités de dialogue. Ces plateformes peuvent comprendre celles basées sur la technologie (comme les SMS, la radio et la télévision) ainsi que les plateformes et interventions traditionnelles (comme la communication interpersonnelle).³¹

DONNÉES ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Les données sont essentielles pour éclairer l'ensemble des aspects d'une riposte contre le choléra. Les intervenants ont tendance à prioriser les données épidémiologiques et de santé publique, mais les données sociales sont tout aussi essentielles à la prévention et à l'endiguement efficaces des flambées épidémiques. Les données sociales et l'engagement communautaire sont liés de deux façons importantes. Premièrement, les données sociales sont importantes pour concevoir des stratégies d'engagement communautaire efficaces. Deuxièmement, les activités d'engagement

communautaire facilitent la collecte et le partage de données sociales, ainsi que la réflexion à leur sujet. Ces processus sont essentiels à la réussite d'une riposte globale.

Cette section présente deux types essentiels de données sociales – les données sociales et comportementales et les retours communautaires – et explique leur lien avec l'engagement communautaire ainsi que leur rôle dans le soutien de la riposte globale.

Collecte de données sociales et comportementales avec les communautés

Les données sociales et comportementales font référence aux perceptions, aux capacités et aux pratiques des membres de la communauté en ce qui concerne la prévention et la riposte contre l'infection par le choléra. La collecte et la surveillance de ce type de données peuvent fournir des données probantes pour éclairer la prise de décisions sur la communication, l'engagement communautaire et d'autres stratégies d'intervention afin de s'assurer qu'elles sont appropriées et répondent aux besoins et aux priorités des populations dans des situations changeantes.

LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ EN TANT QUE COLLECTEURS DE DONNÉES SOCIALES ET COMPORTEMENTALES

Les membres de la communauté sont bien placés pour fournir des informations pertinentes par le biais d'activités d'engagement telles que des dialogues dans le cadre desquels ils sont susceptibles, par exemple, de partager des croyances ou des pratiques locales communes concernant les maladies diarrhéiques. Toutefois, les membres de la communauté sont également susceptibles d'être bien placés pour participer directement aux initiatives de collecte systématique des données. Cette participation pourrait comprendre des enquêtes et des entretiens dans le cadre desquels des membres de la communauté formés posent des questions aux autres, comme par exemple ce que les membres de la communauté savent du choléra, où ils obtiennent leurs informations et ce qu'ils pourraient faire ou ont fait pour prévenir ou traiter l'infection.³² La participation des membres de la communauté aux initiatives de collecte de données peut contribuer à accroître la confiance de la communauté concernant l'utilisation appropriée des données et la riposte en général. Elle peut également renforcer le sentiment d'appropriation de la riposte par la communauté.

AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ET AUTRES INTERVENANTS

Les agents de santé communautaires peuvent être habilités et formés pour collecter des données sociales et comportementales concernant des éléments tels que les attitudes à l'égard des VOC. Toutefois, dans la mesure où ces agents font partie de la hiérarchie d'intervention, ils peuvent se sentir poussés à faire ce travail ou à faire rapport de certaines façons, comme en faisant rapport de façon plus positive sur les attitudes locales. Ils sont également susceptibles de se sentir contraints d'effectuer ce travail ou de faire certaines déclarations, par exemple en rendant compte plus positivement des attitudes locales. Ils sont également susceptibles de se sentir contraints de mettre l'accent sur les cadres biomédicaux et de santé publique, au détriment des cadres sociaux et culturels. Il est important de soupeser les avantages et les inconvénients de déployer des agents de santé communautaires – et d'autres qui font partie de la hiérarchie d'intervention – afin de collecter des données pour la riposte.

ANALYSE DES DONNÉES AVEC LES COMMUNAUTÉS

La participation des communautés à l'analyse des données sociales et comportementales peut fournir un aperçu critique de ce qui pourrait être à l'origine de certains comportements dans un contexte spécifique. Par exemple, les membres de la communauté sont susceptibles d'être bien placés pour comprendre la manière dont les facteurs structurels locaux, les normes sociales et même l'évolution de la situation des flambées épidémiques peuvent influencer les pratiques sociales et comportementales. Une telle compréhension est essentielle pour façonner la riposte. Les facteurs et les normes qui sont susceptibles d'influencer les comportements de manière spécifique à l'échelle locale peuvent comprendre :

- **Accessibilité, qualité et capacité des services de santé.** Cela comprend les systèmes et les prestataires de soins de santé formels et informels et publics et privés (p. ex., hôpitaux

gouvernementaux, établissements de santé privés, agents de santé communautaire, vendeurs de médicaments privés, herboristes, et guérisseurs religieux).

- **Normes de genre.** Les hypothèses concernant les rôles de genre sont susceptibles d'imposer qui prend soin de qui en cas de maladie. De manière générale, mais pas toujours, ce sont les femmes qui sont susceptibles de les exposer à un risque. Les rôles de genre peuvent également façonner le comportement d'une autre manière qui influence les différents risques d'être exposé au choléra et l'étendue du recours aux soins. Par exemple, comme mentionné précédemment, les hommes peuvent être moins susceptibles d'avoir accès à des informations essentielles concernant le choléra, ou d'avoir recours à des soins lorsqu'ils sont infectés.

En plus de réfléchir à ce qui pourrait expliquer les données comportementales avec les membres de la communauté après la collecte de données communautaires, il est essentiel de leur fournir des informations pertinentes en réponse à leurs questions.

Mécanismes de retours communautaires

Les retours communautaires, y compris les interrogations ou les plaintes, constituent un élément essentiel de l'engagement communautaire pour la riposte contre le choléra. Les données issues des retours se concentrent sur la manière dont les membres de la communauté perçoivent et vivent la riposte contre la flambée épidémique de choléra de façon plus générale. Les retours favorisent la responsabilisation des intervenants de la riposte vis-à-vis des personnes qu'ils servent et peuvent être recueillis de plusieurs manières, notamment :

- **Collecte informelle des retours.** Les retours informels peuvent être recueillis par le biais de différents types d'activités d'engagement, comme par exemple des réunions communautaires et des conversations informelles sur les sites d'intervention. Ces retours informels peuvent être utilisés pour modifier directement la riposte localisée et/ou ils peuvent être intégrés de manière plus systématique dans les flux d'informations officiels (y compris les systèmes de suivi et d'évaluation) par les intervenants.
- **Initiatives de retours proactifs et systématiques.** Les retours peuvent également être recueillis de façon plus proactive et systématique par le biais d'enquêtes et d'entretiens menés à domicile, dans des lieux publics, par téléphone ou par d'autres moyens. Cette collecte de retours peut être effectuée parallèlement à la collecte de données sociales et comportementales.
- **Canaux de retours passifs.** Les retours peuvent être recueillis de manière passive par le biais de canaux en personne, comme les boîtes de réception des plaintes physiques et les horaires d'accueil, ou par l'intermédiaire de mécanismes téléphoniques ou numériques à plus grande échelle, comme les lignes d'assistance téléphonique, les canaux de médias sociaux, les systèmes basés sur les SMS, la surveillance des médias sociaux, et les portails en ligne. Les populations devraient être en mesure de fournir directement et anonymement des retours par le biais de ces canaux.

Il est important que le type de mécanisme(s) de retour disponible soit approprié au contexte local, y compris la situation, les capacités et les préférences des personnes touchées et des intervenants de la riposte officiels.

Idéalement, les mécanismes de transmission des retours communautaires permettront de s'assurer que les personnes qui fournissent des retours reçoivent des réponses et un suivi en temps opportun, lorsque cela est nécessaire et approprié. Même si les retours sont recueillis de façon passive, ils doivent être gérés de façon proactive.

TIRER LE MAXIMUM DES RETOURS COMMUNAUTAIRES

Les intervenants qui cherchent à mettre en place des mécanismes de retours communautaires, en particulier ceux qui sont plus passifs, devraient se méfier des problèmes potentiels qui peuvent rendre les mécanismes inefficaces ou considérés comme peu fiables.¹¹

L'engagement initial avec les communautés pourrait inclure des discussions sur les types de mécanismes de retours systématiques susceptibles d'être les plus accessibles et acceptables pour les populations, et sur la façon dont ils devraient être gérés et dirigés afin de maximiser l'efficacité et la confiance. Il est probable que plusieurs canaux seront nécessaires pour s'assurer que tout le monde est en mesure de fournir un retour. Il est important de s'assurer que l'ensemble des canaux de rétroaction sont activement surveillés. Si ce n'est pas le cas, il existe un risque que les retours de personnes plus marginalisées soient perdus ou ignorés.

Pour atténuer les problèmes potentiels et tirer le maximum des retours communautaires, les intervenants doivent :

- **Assurer la sensibilisation aux mécanismes de retours disponibles.** Utiliser une série de stratégies d'engagement communautaire pour s'assurer que les populations soient au courant des opportunités de retours disponibles. L'utilisation de mécanismes préexistants plutôt que la mise en place de systèmes entièrement nouveaux pourrait contribuer à garantir une meilleure sensibilisation et un meilleur accès (voir l'encadré 3 pour un exemple).³¹
- **Fournir des opportunités de retours physiques et en personne.** Les plateformes numériques et téléphoniques peuvent s'avérer efficaces et avoir une portée importante dans certains contextes, mais le degré d'exclusion numérique et le manque d'accès au téléphone demeurent répandus, en particulier au sein des pays pauvres et des communautés touchées par le choléra. Dans de tels contextes, les options numériques devraient être considérées comme complémentaires aux activités en personne et aux options telles que les boîtes à plaintes ou les bureaux d'accueil.
- **Fournir des mécanismes accessibles.** En plus des options non numériques, les intervenants devraient envisager des mécanismes qui s'adressent aux personnes qui parlent différentes langues locales pertinentes et aux personnes handicapées ou qui sont analphabètes.
- **Veiller à ce que des plaintes anonymes puissent être déposées.** Les populations peuvent avoir des préoccupations au sujet de la confidentialité et des représailles lorsqu'elles soumettent une plainte, et elles sont susceptibles de craindre des représailles. Renforcer les mesures visant à soutenir la confidentialité et rassurer les populations quant au maintien de la confidentialité.
- **Veiller à établir une capacité de surveillance et de réponse adéquate aux retours.** Des réponses absentes, retardées ou insatisfaisantes aux plaintes peuvent nuire à la confiance non seulement dans le mécanisme de retours, mais également dans la riposte globale. Lorsque la capacité d'apporter des améliorations immédiates et tangibles en réponse aux retours est limitée, les intervenants doivent s'assurer de communiquer que les retours sont utilisés pour établir une base de données probantes à l'appui d'une mobilisation accrue des ressources.
- **Garantir un retour intégré et transversal.** Les mécanismes de retour devraient être coordonnés entre les piliers d'intervention et les intervenants, ce qui permettrait aux populations de soumettre des retours concernant tout aspect de la riposte par le biais de tout canal disponible et de recevoir un suivi.

Encadré 3. Enseignements tirés de la plateforme U-Report de l'UNICEF au Mozambique

U-Report est une plateforme de collecte de données et de messagerie qui utilise un système SMS gratuit afin de renforcer l'engagement des adolescents et des jeunes dans les questions de santé, d'améliorer les activités de plaidoyer et de favoriser un changement positif. Au Mozambique, cette plateforme a été adaptée à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et à la prévention du VIH. Dans le cadre de l'intervention contre le cyclone Idai, U-Report a été utilisée pour collecter des données au sein des districts les plus touchés par le choléra. Ces données ont ensuite été utilisées pour permettre une communication améliorée et adaptée aux interventions de développement qui pourraient répondre aux problématiques en temps quasi réel.

Plus d'informations dans l'étude de cas de la SSHAP *Renforcement de l'engagement communautaire par la collecte de données : Contrôle de l'épidémie de choléra au Mozambique.*

Lectures complémentaires

1. [Ressources de la SSHAP sur le choléra](#)
2. [Ressource Engagement communautaire pour les pratiques WASH](#)
3. [Banque de questions sur le choléra](#)

REMERCIEMENTS

Cette note d'orientation a été rédigée en avril 2023 par Megan Schmidt-Sane et Tabitha Hrynick (IDS), en collaboration avec Stellar Murumba (Internews), Ngonidzashe Macdonald Nyambawaro (IFRC), Eva Niederberger (Anthrologica), Santiago Ripoll (IDS), Nadine Beckmann (LSHTM), Mariana Palavra (UNICEF), Rachel James (UNICEF) et Grace Akello (Université de Gulu). La présente note d'orientation s'inspire des travaux antérieurs réalisés par la SSHAP.

CONTACT

Veuillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à cette note stratégique, ou concernant des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) ou Juliet Bedford (julietbedford@anthrologica.com).

La Plateforme Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'[Institute of Development Studies \(IDS\)](#), [Anthrologica](#), le [CRCF Sénégal](#), l'[Université de Gulu](#), le [Groupe d'Etudes Sur Les Conflits Et La Sécurité Humaine \(GEC-SH\)](#), la [London School of Hygiene and Tropical Medicine \(LSHTM\)](#), l'[Université d'Ifadan](#), l'[Université de Djouba](#), et le [Sierra Leone Urban Research Centre](#). Ces travaux ont été financés par le Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth et le Wellcome Trust sous le numéro de subvention 225449/Z/22/Z. Les opinions exprimées ci-après sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des donateurs, ni les opinions ou politiques des partenaires du projet.

RESTER EN CONTACT



info@socialscience.org



www.socialscienceinaction.org



[SSHAP newsletter](#)

Référence suggérée : Schmidt-Sane, M. et Hrynick, T. (2023) Note d'Orientation sur l'Engagement Communautaire Concernant la Riposte Contre la Flambée Epidémique de Choléra dans la Région Afrique de l'Est et Australe. Social Science In Humanitarian Action (SSHAP) DOI : www.doi.org/10.19088/SSHAP.2023.008

Publication mai 2023

© Institute of Development Studies 2023



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la [version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution \(CC BY\)](#), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée.

RÉFÉRENCES

1. *Multi-country outbreak of cholera, External situation report #1—22 March 2023*. (n.d.). Retrieved 27 March 2023, from <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-cholera--external-situation-report--1---22-march-2023>
2. Akello, G. (2020). Covid-19 in northern Uganda: Resistance, defiance and hospitalization of asymptomatic cases. *BMJ Journals–Covid-19. Blog*, 26.
3. Akello, G., & Beisel, U. (2019). Challenges, distrust, and understanding: Employing communicative action in improving trust in a public medical sector in Uganda. *SAGE Open*, 9(4), 2158244019893705.
4. Baltazar, C. S., Pezzoli, L., Baloi, L. D., Luiz, N., Chitio, J. E., Capitine, I., Siteo, M., Mala, S., & Langa, J. P. (2022). Conditions to eliminate cholera in Mozambique—the pathway for the development of the national cholera plan. *The Pan African Medical Journal*, 42(279).
5. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (2018). *Social science in epidemics: Cholera lessons learned*.
6. Charnley, G. E. C., Kelman, I., & Murray, K. A. (2022). Drought-related cholera outbreaks in Africa and the implications for climate change: A narrative review. *Pathogens and Global Health*, 116(1), 3–12. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1981716>
7. Nakkazi, E. (2023). Cholera outbreak in Africa. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(4), 411.
8. Charnley, G. E., Jean, K., Kelman, I., Gaythorpe, K. A., & Murray, K. A. (2022). Association between Conflict and Cholera in Nigeria and the Democratic Republic of the Congo. *Emerging Infectious Diseases*, 28(12), 2472–2481.
9. Debes, A. K., Shaffer, A. M., Ndikumana, T., Liesse, I., Ribaira, E., Djumo, C., Ali, M., & Sack, D. A. (2021). Cholera Hot-Spots and Contextual Factors in Burundi, Planning for Elimination. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 6(2), 76. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6020076>
10. Niederberger, E., Tanner, L., & Karam, S. (2023). *Key Considerations: Socio-Behavioural Insight for Community-Centred Cholera Preparedness and Response In Mozambique, 2023*.
11. Niederberger, E., Karam, S., & Tanner, L. (2022). *Social, behavioural and community dynamics related to the cholera outbreak in Malawi*. Social Science in Humanitarian Action Platform.
12. Global Task Force on Cholera Control. (2017). *Ending Cholera. A Global Road map to 2030*. GTFCC.
13. Akello, G., & Parker, M. (2021). Confronting epidemics: The art of not knowing and strategic ignorance during Ebola preparedness in Uganda. In *Routledge Handbook of Public Policy in Africa* (pp. 459–473). Routledge.
14. *CEA Guide*. (n.d.). Community Engagement Hub. Retrieved 3 April 2023, from <https://communityengagementhub.org/resource/cea-guide/>
15. Kaleso, M. (2023, January 23). Villagers attack health workers, damage health centre in Balaka. *Malawi24*. <https://malawi24.com/2023/01/23/villagers-attack-health-workers-damage-health-centre-in-balaka/>
16. Niederberger, E., Knight, L., & O'Reilly, M. (n.d.). *An Introduction to Community Engagement in WASH*.
17. Keys, H. M., Kaiser, B. N., Foster, J. W., Freeman, M. C., Stephenson, R., Lund, A. J., & Kohrt, B. A. (2019). Cholera control and anti-Haitian stigma in the Dominican Republic: From migration policy to lived experience. *Anthropology & Medicine*, 26(2), 123–141. <https://doi.org/10.1080/13648470.2017.1368829>
18. Kindersley, N., Majiek, P., Othur, S., Barjok, D., Luga, E., Nyibol, E., Miskin, A., Madut, C., & Majok, J. D. (2021). *Community Approaches to Epidemic Management in South Sudan Lessons from local healthcare systems in tackling COVID-19*.

19. Kisanga, A., Abiuda, B., Walyaula, P., Losey, L., & Samson, O. (2019). Evaluation of the Functionality and Effectiveness of the CORE Group Polio Project's Community-Based Acute Flaccid Paralysis Surveillance System in South Sudan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 101(4 Suppl), 91. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0120>
20. McGowan, C. R., Takahashi, E., Romig, L., Bertram, K., Kadir, A., Cummings, R., & Cardinal, L. J. (2022). Community-based surveillance of infectious diseases: A systematic review of drivers of success. *BMJ Global Health*, 7(8), e009934. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009934>
21. Ripoll, S. (2017). *Contextual factors shaping cholera transmission and treatment-seeking in Somalia and the Somali region of Ethiopia*. Social Science for Humanitarian Action Platform. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/13184>
22. Bwire, G., Mwesawina, M., Baluku, Y., Kanyanda, S. S. E., & Orach, C. G. (2016). Cross-Border Cholera Outbreaks in Sub-Saharan Africa, the Mystery behind the Silent Illness: What Needs to Be Done? *PLoS ONE*, 11(6), e0156674. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156674>
23. Organization, W. H. (2023). *Weekly Regional Cholera Bulletin: 15 March 2023*.
24. UNICEF. (2017). *UNICEF Strategic Framework for Cholera in Eastern and Southern Africa: 2018-2022*. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/esar_regional_strategic_framework_for_cholera_final.pdf
25. Rebaudet, S., Bulit, G., Gaudart, J., Michel, E., Gazin, P., Evers, C., Beaulieu, S., Abedi, A. A., Osei, L., Barraï, R., Pierre, K., Moore, S., Bony, J., Adrien, P., Guillaume, F. D., Beigbeder, E., & Piarroux, R. (2019). The case-area targeted rapid response strategy to control cholera in Haiti: A four-year implementation study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 13(4), e0007263. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007263>
26. Trolle, H., Forsberg, B., King, C., Akande, O., Ayres, S., Alfvén, T., & Elimian, K. (2023). A scoping review of facilitators and barriers influencing the implementation of surveillance and oral cholera vaccine interventions for cholera control in lower- and middle-income countries. *BMC Public Health*, 23(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15326-2>
27. Démolis, R., Botão, C., Heyerdahl, L. W., Gessner, B. D., Cavailler, P., Sinai, C., Magaço, A., Le Gargasson, J.-B., Mengel, M., & Guillermet, E. (2018). A rapid qualitative assessment of oral cholera vaccine anticipated acceptability in a context of resistance towards cholera intervention in Nampula, Mozambique. *Vaccine*, 36(44), 6497–6505. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.087>
28. Heyerdahl, L. W., Ngwira, B., Demolis, R., Nyirenda, G., Mwesawina, M., Rafael, F., Cavailler, P., Bernard Le Gargasson, J., Mengel, M. A., Gessner, B. D., & Guillermet, E. (2018). Innovative vaccine delivery strategies in response to a cholera outbreak in the challenging context of Lake Chilwa. A rapid qualitative assessment. *Vaccine*, 36(44), 6491–6496. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.108>
29. Massing, L. A., Aboubakar, S., Blake, A., Page, A.-L., Cohuet, S., Ngandwe, A., Sompwe, E. M., Ramazani, R., Allheimen, M., Levaillant, P., Lechevalier, P., Kashimi, M., Motte, A. de la, Calmejane, A., Bouhenia, M., Dabire, E., Bompangue, D., Kebela, B., Porten, K., & Luquero, F. (2018). Highly targeted cholera vaccination campaigns in urban setting are feasible: The experience in Kalemie, Democratic Republic of Congo. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 12(5), e0006369. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006369>
30. *Rapid Review: Vaccine Hesitancy and Building Confidence in COVID-19 Vaccination*. (n.d.). Social Science in Humanitarian Action Platform. Retrieved 7 November 2021, from <https://www.socialscienceinaction.org/resources/rapid-review-vaccine-hesitancy-and-building-confidence-in-covid-19-vaccination/>
31. de Almeida, S. (2020). *Enhancing Community Engagement Through Data Collection: Controlling the Cholera Epidemic in Mozambique*.
32. Niederberger, E., & Johnson, G. (2023). *Cholera Questions Bank*. Social Science in Humanitarian Action Platform. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/cholera-questions-bank/>

