



Planifier l'élimination des excréments en situation d'urgence

La nécessité d'aider les populations immédiatement après une catastrophe engendre souvent des actions non planifiées. L'expérience montre que ceci donne lieu à un gaspillage des ressources et à une assistance de faible qualité ne laissant que rarement des bénéfices à long terme pour les communautés affectées. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne l'élimination des excréments en urgence. Cette fiche technique est un guide de *processus de planification* pour l'élimination des excréments lors des deux premières phases d'une situation d'urgence. Des options techniques sont présentées dans la fiche n°14.



Les phases de l'urgence

Il y a trois phases lors d'une situation d'urgence :

- Première urgence
- Stabilisation
- Relèvement

Première urgence

Lors de cette phase, les taux de mortalité peuvent être élevés et il peut y avoir un risque d'épidémie majeure. En général, cette phase s'étend sur quelques semaines après la période d'urgence. L'objectif principal d'un programme d'élimination des excréments est de minimiser la contamination liée à des comportements à haut risque et de réduire l'exposition et la transmission des maladies féco-orales. Les interventions sont souvent rapides et conçues pour le court terme.

Stabilisation

Pendant cette période, des interventions plus durables peuvent être mises en place pour une utilisation sur le long terme. Typiquement, les structures de la communauté sont rétablies et les taux de mortalité commencent à chuter. Cependant, les risques d'épidémie peuvent rester élevés. Cette phase peut durer plusieurs mois à plusieurs années, selon la complexité de l'urgence.

Les étapes de la planification

La figure 13.1 montre les étapes principales pour la planification de l'élimination des excréments en urgence. Une critique courante au sujet des processus de planification est qu'ils prennent trop de temps, mais ceci n'est pas nécessairement le cas comme le suggère la figure 13.1. Cette figure montre de façon approximative le temps que nécessite chaque étape pour une population d'environ 10 000 personnes touchées par la catastrophe.

Diagnostic rapide

Les interventions sont seulement nécessaires s'il existe un besoin réel, exprimé et mesuré. Cette étape a pour but de collecter et analyser rapidement les informations clés afin de déterminer si une intervention est nécessaire.

Collecte des données

Les données requises pour identifier les problèmes et les besoins de la population touchée doivent être collectées rapidement mais avec un niveau de détails suffisant pour permettre l'analyse. L'encadré 13.1 présente une liste de vingt questions auxquelles il faut répondre. L'information ainsi collectée facilitera une prise de décision éclairée sur le cours des opérations à suivre.

L'utilité de l'information collectée dépendra autant de la façon dont elle a été collectée

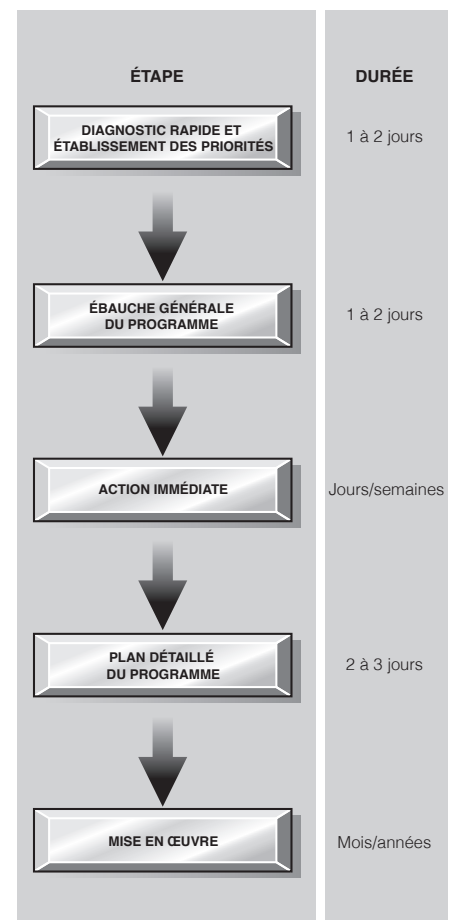


Figure 13.1. Les étapes de conception d'un programme d'assainissement en situation d'urgence

que de la qualité des questions posées. Même dans des circonstances normales, l'information présentée ne peut pas toujours être considérée comme fiable. Dans les circonstances chaotiques d'une urgence il y a encore plus de raisons de douter de la validité de l'information donnée.

Il est conseillé de suivre les principes listés dans l'encadré 13.2 pour s'assurer que les données collectées sont aussi fiables que possible.

Participation de la communauté

Comme tout un chacun, les personnes affectées par une crise ont des idées et des opinions. Il n'y a pas de raison de les considérer différemment des autres communautés – sauf pour témoigner d'une certaine empathie par rapport au traumatisme subi.

Impliquer les communautés dans la planification et le processus de conception du

Encadré 13.1. Vingt questions pour un diagnostic rapide

1. Quelle est la taille estimée de la population et sa densité ?
2. Quel est le taux brut de mortalité (nombre de morts pour 10 000 personnes par jour) et quelles sont les causes principales de mortalité et de morbidité ?
3. Quelles sont les croyances et traditions qui existent au sujet de l'élimination des excréments, surtout en ce qui concerne les excréments des femmes et des enfants ? (Les hommes et les femmes ou tous les autres membres de la famille partagent-ils leurs latrines ? Peut-on voir les femmes se rendre aux latrines ? Les enfants utilisent-ils des pots ? Les excréments des enfants sont-ils perçus comme étant sans risque ?)
4. Quelles sont les pratiques les plus courantes pour la toilette anale ? L'eau et les matériaux de toilette sont-ils disponibles ?
5. Le savon est-il disponible ?
6. Y a-t-il des structures sanitaires existantes ? Si oui, sont-elles utilisables et utilisées, sont-elles suffisantes et fonctionnent-elles normalement ? Peuvent-elles être agrandies ou adaptées ? Tous les groupes ont-ils accès à ces infrastructures ?
7. Les pratiques de défécation actuelles présentent-elles une menace pour la santé ? Si oui, comment ?
8. Quel est le niveau de connaissance des risques de santé publique liés à l'assainissement ?
9. Y a-t-il des activités de promotion de la santé en cours ?
10. Quels sont les moyens de promotion de la santé disponibles/accessibles pour la population touchée ?
11. Les hommes, femmes et enfants sont-ils prêts à utiliser les tranchées de défécation, les latrines collectives ou les latrines familiales ? Les personnes handicapées et les personnes âgées peuvent-elles utiliser ces structures ?
12. Y a-t-il assez d'espace pour les tranchées de défécation ou les latrines à fosse simple ?
13. Quelle est la topographie et le régime d'écoulement des eaux de la zone ?
14. Quelle est la profondeur et la perméabilité du sol, et peut-il être creusé facilement à la main ?
15. Quel est le niveau de la nappe phréatique ?
16. Quels sont les matériaux disponibles localement pour la construction des latrines ?
17. Y a-t-il des personnes expérimentées dans le domaine de la construction de latrines ?
18. Comment les femmes gèrent-elles leurs menstruations ? Pour cela, y a-t-il des matériaux ou infrastructures dont elles ont besoin ?
19. Quand a lieu la saison des pluies ?
20. Normalement, qui a pour rôle de construire, payer, entretenir et nettoyer une latrine (hommes, femmes, ou les deux) ?

Source : Adapté de Harvey et al., 2006

Encadré 13.2. Principes de la collecte de données

Les points les plus importants à garder en tête lors de la collecte de données au sujet d'une situation d'urgence sont :

- Collecter des données auprès d'un maximum de sources afin de réduire les biais et les erreurs.
- Être informé sur les structures politiques et sociales locales afin d'éviter de créer des attentes irréalistes.
- Faire attention à l'influence que peuvent avoir les informations recherchées sur votre choix d'intervention.
- Prendre note de toutes les informations recueillies et leurs sources.
- Se rappeler que les situations changent rapidement lors d'une crise et que les choses peuvent être différentes d'un jour à l'autre.
- Embaucher un bon interprète si vous travaillez avec des personnes qui parlent une langue différente de la vôtre.

programme est favorable à leur relèvement car cela encourage le respect de soi et l'autonomie. La communauté affectée doit être impliquée dès que la décision d'intervenir est prise.

Qui doit être impliqué ?

Les organisations externes ne doivent s'impliquer que si les institutions et populations affectées sont incapables de gérer la situation elles-mêmes et si la santé de la population se détériore (ou risque de se détériorer) (Figure 13.2). Les tableaux 13.1 et 13.2 présentent des données sanitaires qui peuvent aider à décider si une intervention est nécessaire ou non.

Les directives Sphère

Une fois que la décision d'intervenir a été prise, l'étape suivante est de décider de la procédure à suivre. En urgence, les processus normaux de prise de décision sur le type de structure à mettre en place ne s'appliquent pas. Dans ce cas, une liste de standards internationaux reconnus est utilisée pour s'assurer que les services apportés aux personnes en détresse soient les mêmes de par le monde. Le tableau 13.3 présente les

Tableau 13.1. Seuil d'infection toléré parmi les populations déplacées

Maladie	Taux d'incidence (cas/10 000/semaine)
Maladies diarrhéiques	60
Diarrhée aqueuse aiguë	50
Diarrhée sanglante	20
Choléra	Dans certains pays, le choléra est classé comme « diarrhée aqueuse aiguë » et si tel est le cas, elle doit être traitée comme le choléra.

Source : D'après de Veer (1998)

Tableau 13.2. Taux brut de mortalité en situation d'urgence

Taux brut de mortalité ; Décès/10 000/semaine	Niveau de sévérité de l'urgence
Jusqu'à 3,5	Normal ou hors urgence
Plus de 3,5 et moins de 7	Stable et sous contrôle
7 à 14	Grave
15 à 35	Urgence/hors-contrôle
Plus de 35	Catastrophique

Source: D'après Davis & Lambert (2002)

Tableau 13.3. Indicateurs pour un service minimum d'élimination des excréments

Indicateur	Phase de première urgence	Phase de stabilisation
Nombre d'usagers	50 personnes par latrine	20 personnes par latrine
	Le ratio de latrines femmes-hommes doit être de 3 pour 1	
Localisation	Distance de moins de 50 m pour se rendre à la latrine	Distance de moins de 25 m pour se rendre à la latrine
	A au moins 6 m d'une habitation	A au moins 6 m d'une habitation
Intimité et sécurité	Les portes doivent être munies d'un verrou intérieur Les latrines doivent être éclairées la nuit là où cela est nécessaire Dispositions prises pour le lavage et le séchage des garnitures périodiques là où cela est nécessaire	
Hygiène	Des structures pour le lavage des mains avec du savon doivent être installées près de toutes les latrines Les matériaux appropriés pour la toilette anale doivent être fournis	
Groupes vulnérables	Des latrines adéquates doivent être accessibles aux handicapés, aux personnes âgées, aux personnes atteintes de maladies chroniques et aux enfants	

Source : Adapté de Sphère (2011)

indicateurs pour l'élimination des excréments en situation d'urgence. Une comparaison des structures existantes avec celles présentées dans le tableau 13.3 indiquera si des travaux complémentaires sont nécessaires et si cela est urgent.

Conception du programme

A cette étape on développe une ébauche du programme détaillant brièvement ce qui doit être fait, où et quand. Le plan contient suffisamment d'informations pour que les responsables puissent décider s'il faut agir et

comment allouer les ressources. Le plan doit inclure les sections suivantes :

- **Objectif global :** Le but ultime de toutes les interventions d'urgence (tel que la protection de la vie et de la santé). Cela sera souvent précisé dans le mandat de l'organisation.
- **Objectif spécifique :** Ce qui sera réalisé à travers l'intervention proposée (exemple : accès à et utilisation de latrines hygiéniques par toute la population).



Figure 13.2. La dégradation de la santé des populations est une raison pour l'implication des organisations externes

- **Résultats :** Ce que les activités vont induire, comme le nombre de latrines construites, le système d'entretien mis en place, ou les changements de pratiques d'hygiène obtenus.
- **Activités :** Les actions menées pour aboutir aux résultats, telles que l'achat des matériaux, la formation du staff, les discussions avec la communauté etc. Elles sont planifiées selon un calendrier.
- **Ressources :** Les ressources nécessaires afin de mener à bien le projet, entre autres : les moyens financiers, les outils, l'équipement, les matériaux et la main d'œuvre.

Action immédiate

Dans certains cas, la menace sur la santé est telle qu'une action immédiate doit être entreprise pour empêcher une propagation des maladies et les décès associés. Des actions immédiates auront pour but d'apporter une réponse rapide à une situation d'urgence (Figure 13.3), pendant qu'une solution plus durable sera diagnostiquée, conçue et validée (la conception du plan d'action).

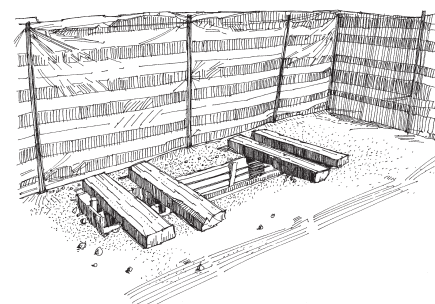


Figure 13.3. Une tranchée simple pour la défécation : une action immédiate pour une situation d'urgence

Planifier l'élimination des excréments en situation d'urgence

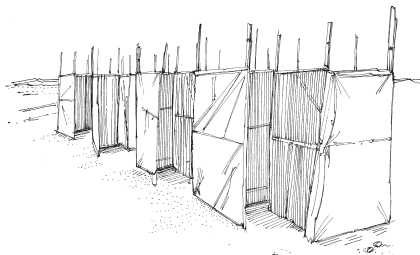
Plan détaillé du programme

Une fois la conception du programme approuvée, un plan d'activité détaillé doit être établi avant la mise en œuvre. Ce processus est le même que pour tout autre projet d'assainissement mis à part le fait qu'il doit rester flexible au cas où la situation d'urgence changerait ou se dégraderait. La figure 13.4 montre l'exemple d'un plan d'action pour l'amélioration d'un système de gestion des déchets dans un centre médical.

Mise en œuvre

À la suite de l'élaboration d'un plan détaillé, la mise en œuvre du programme à long terme peut commencer. Ceci doit inclure les spécifications, et les procédures de mise en œuvre et de gestion pour :

- la construction ;
- la promotion de l'hygiène ;
- la mise en opération et l'entretien ;
- le plan de contingence (que faire si un changement majeur survient) ; et
- le suivi et évaluation.



Zone/période	Action	Facilitateur
Gestion des déchets dans un centre médical		
Dans l'immédiat	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des récipients en plastique avec couvercles uniformes et étiquetés pour les déchets médicaux. • Fournir des poubelles en plastique uniformes et étiquetées pour les autres déchets. • Collecter les pots/flacons de médicaments en plastique, sceller les couvercles dessus, faire une fente, et les étiqueter pour le dépôt des objets tranchants. • Fournir des poubelles en plastique uniformes et étiquetées pour le dépôt des objets en verre. • Remplir la fosse existante près du centre de santé et creuser une autre fosse avec couvercle à environ 50 m du centre de santé et du centre de consultations externes. • Construire une fosse pouvant être fermée pour les objets tranchants avec un accès restreint pour le dépôt des boîtes à objets tranchants et des objets en verre uniquement. • Jeter les boîtes à objets tranchants dans la fosse. • Placer un incinérateur près de la fosse et l'utiliser pour les autres déchets uniquement (objets tranchants exclus). • Former tout le personnel de santé sur les nouvelles procédures. • Former le personnel responsable du nettoyage sur l'importance des procédures de collecte, transport et élimination des déchets. 	Equipes MSF assainissement et santé
Sur le long terme	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler l'utilisation, sceller et creuser de nouvelles fosses pour les déchets classiques et d'autres pour les objets tranchants quand nécessaire. • Contrôler et gérer l'utilisation des zones d'enterrement des placentas pour assurer une technique adéquate et systématique. • Contrôler l'uniformité des procédures de gestion des déchets et fournir des conseils à ce sujet dans toutes les structures médicales (départements pour patients hospitalisés et en consultations externes, et centres de traitement du choléra). 	Equipes MSF assainissement

Activité	Début de la semaine							
	26/3	2/4	9/4	16/4	23/4	30/4	7/5	14/5
Creuser la fosse à déchets courants		MSF assainissement						
Construire la fosse à déchets tranchants		MSF assainissement						
Installer l'incinérateur		MSF assainissement						
Remplir et couvrir l'ancienne fosse		MSF assainissement						
Former le personnel sur l'élimination des déchets			MSF assainissement					
Fournir les poubelles et les pots/flacons				MSF logistique/santé				
Former les personnels de santé et de nettoyage					MSF Santé			
Contrôler le système de gestion des déchets			MSF assainissement					

Figure 13.4. Plan d'action pour l'amélioration de la gestion des déchets dans un centre médical de Médecins sans Frontières (MSF)

Further information

Harvey, P., Baghri, S. and Reed (2002) *Emergency Sanitation: Assessment and programme design*, WEDC, Loughborough University, UK.

Le Projet Sphère (2011) *La charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*. Le Projet Sphère : Genève, Suisse (Distribué internationalement par Oxfam GB) <http://www.sphereproject.org/sphere/fr/>

Harvey, P. (2007) *Excreta disposal in emergencies – a field manual*. WEDC, Loughborough University, UK <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=14282>

Ferron, S., Morgan, J. and O'Reilly, M. (2007) *Hygiene Promotion: a practical guide for relief and development*, Practical Action, Rugby, UK.

Potable Water Hauler Guidelines, <http://www.hamilton.ca/NR/rdonlyres/3C2443DF-80FA-4708-8486-5F6935246FD1/0/Apr10PH06012WaterHaulerInspectionProgram.pdf>



Organisation mondiale de la Santé

Water, Sanitation, Hygiene and Health Unit
20 Avenue Appia
1211 Genève 27 Suisse

Téléphone : + 41 22 791 2111
Téléphone (direct) : + 41 22 791 3555/3590
Fax (direct) : + 41 22 791 4159
URL : www.who.int/water_sanitation_health

Préparé pour l'OMS par le WEDC. Auteur et Série Editeur : Bob Reed. Contributions éditoriales, mise en page et illustrations par Rod Shaw et Glenda McMahon. Dessins offerts par le WEDC/FICR. Autres graphiques par Ken Chatterton.

Water, Engineering and Development Centre Loughborough University Leicestershire LE11 3TU UK
T : +44 1509 222885 F : +44 1509 211079 E : wedc@lboro.ac.uk W : <http://wedc.lboro.ac.uk>

Traduit par Amélie Cardon, revu par Jean-Marc Leblanc, Erwann Lacoste et Grégory Bulit.
SOLIDARITÉS INTERNATIONALE – www.solidarites.org – technicaldepartment@solidarites.org

WEDC Developing knowledge and capacity in water and sanitation

Traduit en français par :



SOLIDARITÉS INTERNATIONALE