



Guide d'orientation technique

Réponse d'Urgence

Composante eau, hygiène et assainissement (EHA)

Niger 2018



Version 2 – Cluster WASH – Niger, Aout 2018

SOMMAIRE

Sigles et Abréviations :	4
--------------------------------	---

1^{ère} PARTIE – Guide technique d’orientation Principes de Réponse Rapide Niger

1. INTRODUCTION: MANDAT RRM NIGER	5
2. ACTIVITES CONSIDEREES DANS LE DU RRM NIGER EHA.....	5
3. SCORING DE VULNERABILITE ET SEUILS D’INTERVENTION RRM EHA NIGER	7
3.1. Seuils d’intervention RRM EHA Niger	7
3.2. Scoring de vulnérabilités	8
3.3. Principes d’analyse pour le déclenchement d’une intervention RRM EHA	8
4. METHODES DE CIBLAGE, DIMENSIONNEMENT DES ACTIVITES ET CALCUL DES BENEFICIAIRES.....	11
4.1. Méthode de ciblage et dimensionnement.....	11
4.2. Calcul bénéficiaires : méthodologie et outils.....	11
5. STRATEGIES DE SORTIE, DURABILITE ET PARTICIPATION.....	14
5.1. Durée de l’intervention RRM EHA.....	14
5.2. Stratégie de sortie et durabilité	15
6. QUALITE	16
6.1. Rapidité et mobilité.....	16
6.2. Redevabilité	16
7. MULTISECTORIALITE	16
7.1. EHA et Santé	16
7.2. EHA et Education	17
7.3. EHA et NFI.....	17
8. COORDINATION AVEC CLUSTERS ET LES AUTORITES ETATIQUES	17
8.1. Le RRM ET le Cluster EHA.....	17
8.2. Le RRM et la collaboration gouvernementale	18
9. QUESTIONTRANSVERSALES, ENGAGEMENTS DU RRM	18
9.1. Protection et ‘DO NO HARM’	18
9.2. Genre	19

9.3	Les personnes à mobilités réduites	19
9.4	Environnement	20
9.5	VIH/SIDA	20
9.6	Autre	20

2^{ème} PARTIE – Guide technique d’orientation Ouvrages et standards EHA sur une réponse d’urgence

1.	REPONSE CHOLERA / EPIDEMIE	21
1.1	Pulvérisation et désinfection.....	21
1.2	Chloration au point d'eau.....	22
1.3	Distribution de purifiant d'eau à domicile.....	24
2.4	Kit choléra	25
2.	APPROVISIONNEMENT EN EAU	26
2.1	Solutions immédiates : Water-trucking ou Water Pumping.....	26
2.3	Solutions de transition : Puits ou forage.....	27
3.	ASSAINISSEMENT	31
3.1	Première réponse : Tranchées de défécation /champ de défécation.....	31
3.2	Solution d'urgence : Bloc de latrines d'urgence	33
3.3	Solution d'urgence : Latrine familiale d'urgence.....	34
3.4	Solution semi-durable : Bloc de latrines publiques.....	35
3.5	Solution semi-durable : Latrines familiales.....	36
3.6	Cas des latrines pour Handicaps.....	38
3.7	Gestion des ordures en situation d'urgence : trous ou fosses	39
4.	PROMOTION DE L'HYGIENE	40
4.1	Dispositif de lavage des mains.....	40
4.2	Sensibilisation et promotion de l'hygiène	40
5.	AUTRES ASPECTS TECHNIQUES	43
5.1	Suivi des comités gestion des infrastructures et ReCo	43
5.2	Analyse et qualité de l'eau.....	43

Sigles et Abréviations :

CGPE : Comité de Gestion de Point d'Eau
ABC : Abstinence, Bonne fidélité et Condom
AEP : Adduction d'Eau Potable
ATPC : Assainissement Total Piloté par la Communauté
DAL : Défécation à l'Air Libre
DLM : Dispositif de Lavage des Mains
DRHA : Direction Régional de l'Hydraulique et de l'Assainissement)
EHA : Eau Hygiène Assainissement
GTWASH : Groupe de Travail WASH
HMT : Hauteur Manométrique Totale
MoU : Memorandum of Understanding
MSA : Multi Sectorial Assessment (Evaluation Multi-sectorielle)
NFI : Non Food Items (Article Non Alimentaire)
NTU : Nephelometric Turbidity Unit
PMH : Pompe à Motricité Humaine
PSH : Personne en Situation de Handicap
RECO : Relais Communautaire
RRM : Rapid Respons Mechanism
WASH : Water, Sanitation and Hygiene
WP : Water Pumping
WT : Water Trucking

1^{ère} PARTIE – Guide technique d’orientation Principes de Réponse Rapide Niger

1. INTRODUCTION : MANDAT DU RRM NIGER

Le RRM est un mécanisme de réponse rapide intégré dans le cadre humanitaire tel que défini dans l’objectif stratégique de l’HRP, qui vise en priorité à l’amélioration des conditions de vie des populations qui ont été affectées par un mouvement de population suite à un choc (conflit armé), mais aussi des populations affectées par épidémie, ou catastrophe naturelle. Il adressera

- Les vulnérabilités les plus aiguës ;
- les zones en complexité d’accès (physique, sécuritaire) ;
- les zones caractérisées par le manque d’acteurs.

Les activités RRM sont basées sur **trois piliers** à savoir :

1. Pré-positionnement de fonds, de stocks et de ressources humaines ;
2. Veille humanitaire et évaluations multisectorielles (MSA) ;
3. Interventions multisectorielles : Abris/NFI, WASH, Sécurité alimentaire et Protection

Prise en compte transversale de la *Protection Mainstreaming* et du cadre de redevabilité (voir ci-dessous).

Intégration et approche harmonisée des interventions basées sur les standards de chaque cluster, GT, Gouvernement, standards internationaux...

2. ACTIVITES CONSIDEREES DANS LE SECTEUR EHA DU RRM NIGER

➤ **Pré-positionnement de stock de matériels d’urgence EHA :**

- Equipement de production d’eau : Motopompe et/ou pompes mobiles avec tuyaux, kit de forage à la tarière et équipements de pompage (Tubage, PMH) ;
- Equipement de stockage d’eau: bladder, tank et récipient de stockage à domicile ;
- Produits de traitement d’eau agréés par le ministère de la Santé : PUR, Aquatab, chlore HTH, sulfate d’aluminium ; Unité de filtration ;
- Matériel de construction de latrines d’urgence : tarpaulin, dalles de défécation, rachis ; corde ou clous de fixation ;
- Kits d’hygiène ménage minimum.

➤ **Approvisionnement en eau (réponse immédiate) à travers :**

- Pompage, traitement et distribution de l'eau issue des rivières ou autres eaux superficielles ;
- Water-Trucking (WT) et distribution par bladder et rampe de distribution ;
- **Chloration au point d'eau ;**
- Distribution de produits de traitements de l'eau au niveau des ménages (Aquatap ou PUR, et récipient de stockage adéquate).

➤ **Approvisionnement en eau (moyen terme) à travers :**

- L'identification de solutions d'approvisionnement envisageables locales doit être réalisée dès la réponse immédiate ;
- **Forage à la tarière ;**
- Réhabilitation et/ou extension limitée de réseaux de distribution d'eau existants ;
- Réhabilitation et/ou renforcement limitée et adaptée de systèmes de pompages, puits et/ou forages existants ;

La réalisation de puits et/ou forages sera étudiée selon la pertinence technico/économique et le temps d'exécution ;

➤ **Assainissement à travers :**

- Mise en place de tranchées de défécation (pour un usage temporaire, le temps de déployer rapidement une solution plus adéquate) désagrégées par sexe ;
- Construction et/ou réhabilitation de latrines communautaires d'urgence désagrégées par sexe dont la capacité de stockage de boue de vidange sera de minimum 3 mois **(idéalement 6 mois à 1 an) ;**
- Construction et/ou réhabilitation de latrines publiques désagrégées par sexe et accessibles aux personnes à mobilité réduite (CSI, école en priorité).
- Construction de latrines familiales d'urgence ;
- La réalisation et/ou réhabilitation de fosses à ordures d'urgence ;
- Installation d'incinérateur d'urgence au niveau de chaque centre de santé ;
- (Planification d'un service de vidange adapté aux latrines existante, construites et/ou réhabilitées).
- Mise en place d'un mécanisme de gestion des déchets solides.

➤ **Autres activités spécifiques à la réponse cholera /Epidémie :**

(La réponse Choléra fait l'objet d'un cadre d'intervention spécifique et peut être revue selon la typologie d'autres épidémies dont l'eau et l'assainissement est une réponse essentielle)

- Distribution de kits choléra aux ménages affectés et dans les zones à risque immédiate ainsi qu'aux patients sortant des UTC/CTC ;
- Pulvérisation et désinfection des foyers touchés par un cas et leurs voisins ;
- Décontamination des points d'eaux les plus fréquentés si présence avérées de coliformes fécaux. (validé par test E.-coli) ;
- Chloration des points d'eau ;
- Désinfection des récipients de transport d'eau et de stockage d'eau ;

- Distribution de produits de désinfection de l'eau à domicile.
- **Sensibilisation et promotion de l'hygiène à travers :**
 - Création ou recyclage de comités de maintenance et gestion (CGPE : Comité de Gestion de Point d'Eau) ;
 - Création ou recyclage des relais communautaires formés et sensibilisés aux bonnes pratiques d'hygiène (+ dotation en pagi-volt) ;
 - Distribution de kits d'hygiène ménage ;
 - Distribution de kits de maintenance (eau, assainissement, déchets solides) ;
 - Création et sensibilisation de Comité d'appui à la mise en place de latrines d'urgence ;
 - Organisation de focus group et séances de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène, de potabilisation de l'eau et d'assainissement.
- **Reporting, diffusion de l'information et coordination :**
 - Monitoring des activités menées à travers des enquêtes ménages post-intervention (PIM) ; Coordination avec le Cluster WASH : participation systématique au cluster, présentation des résultats des évaluations multisectorielles (MSA), plaidoyer auprès des acteurs humanitaires sur les besoins prioritaires en EHA ;
 - Capitalisation et présentation au niveau du Cluster post-intervention des leçons apprises

3. SCORING DE VULNERABILITE ET SEUILS D'INTERVENTION RRM EHA NIGER

3.1. Seuils d'intervention RRM EHA Niger

Dans tous les contextes et types de crises les indicateurs et seuils de déclenchement d'une intervention RRM - EHA sont les suivants :

- Plus de 20% de déplacés, retournés, réfugiés dans les communautés d'accueil ou au moins 200 ménages affectés, par site ;
- Un taux de personnes ayant accès et utilisant une latrine hygiénique $\leq 5\%$;
- Un taux de personnes qui citent lors de la MSA au moins trois moments clef de lavage de mains : $<25\%$;
- Une quantité d'eau potable par ménage par jour ≤ 52 litres (l'équivalent du standard minimum SPHERE de 7,5l/j/pers);
- Une épidémie de choléra déclarée par le Ministère de la Santé ou un cas de diarrhée eau de riz dans les dernières 48 heures (vérification par un agent de santé pour confirmation).

3.2. Scoring de vulnérabilités

Les évaluations multisectorielles (MSA) du RRM fournissent une première évaluation rapide des vulnérabilités dans différents secteurs dont le EHA. L'ensemble des indicateurs et seuils ont été revus au Niger par l'ensemble des clusters en début 2016. L'outil permet donc de comparer les vulnérabilités au niveau du même secteur grâce à des scores d'alerte définis en fonction de ces seuils. Ces seuils d'alerte permettent ainsi d'évaluer le niveau d'urgence d'une intervention par secteur, sous-secteur et site. Sur la base de cette première évaluation rapide, une priorisation des zones et des interventions peut être établie avec diverses recommandations d'action. Pour chaque secteur, le cluster représente un point focal essentiel en matière de coordination et potentiellement d'appui technique.

Dans cette première phase du RRM Niger, on retient donc certains indicateurs dont le seuil d'alerte au niveau 5 déclenche une intervention RRM. (cf. chap 3.1), à l'exception de l'indicateur « Pourcentage de ménage qui citent au moins 3 moments clés pour le lavage des mains. » pour lequel on retient <25% comme seuil d'intervention sur la base de résultats des MSAs conduites jusqu'à présent. De plus des indicateurs des MSA, l'indicateur « Plus de 20% de déplacés, retournés, réfugiés dans les communautés d'accueil ou au moins 200 personnes affectées » est à considérer lors de la prise de décision du déclenchement d'une intervention EHA RRM.

Cas cholera

En ce qui concerne le choléra, il existe un suivi épidémiologique du Ministère de la Santé. Plus une épidémie est prise tôt, moins elle a de chance de s'étendre. Si le suivi épidémiologique démontre un cas de choléra alors les équipes RRM peuvent venir renforcer les acteurs EHA sous la coordination du Cluster sur des actions à fort impact (chloration au point d'eau, désinfection des foyers de contaminés...) avant de déterminer une éventuelle action plus complète. Afin d'améliorer la réactivité de cette approche vis à vis notamment de l'importance de ce facteur temps sur une réponse Choléra, une mise à jour annuelle du positionnement des acteurs Choléra par sous-région sera proposée par le Cluster WASH.

3.3. Principes d'analyse pour le déclenchement d'une intervention RRM EHA

La MSA n'est pas une science exacte ni une évaluation détaillée, en conséquence les points suivants sont à prendre en compte lors de la prise de décision d'une intervention RRM EHA :

- L'établissement de population sur un nouveau site sans infrastructure de base EHA ou un afflux de nouvelles personnes sur un site existant menant à une dégradation significative des services et infrastructures EHA de base préexistants ;
- L'atteinte d'un des indicateurs du chapitre 3.1 peut suffire à déclencher une intervention. A l'inverse, la « non atteinte » d'un seul indicateur ne peut pas suffire à exclure la possibilité d'une intervention ;

- L'existence d'un risque lié à la sécurité et/ou la sûreté de la communauté lors de l'accès aux infrastructures d'eau et d'assainissement, peut suffire à déclencher une intervention EHA. L'objectif sera alors d'en faciliter l'accès et de réduire ces risques.

La priorisation des sites d'intervention doit considérer en premier lieu les éléments suivants :

- **Les nouveaux sites et les sites ayant subi un afflux de nouvelles personnes ;**
- Les sites où aucun acteur humanitaire n'est prêt à intervenir rapidement avec un portefeuille d'activités d'urgence (Gap Cluster EHA) ;
- Les sites avec une forte concentration de population ;
- Les sites avec une épidémie (ou risque) en cours ;
- Les sites dont les indicateurs EHA sont les plus critiques et dépourvus de plans/capacité d'intervention du gouvernement/acteurs de développement.

Indicateurs et seuils EHA MSA – RRM Niger

Indicateurs Eau, Hygiène et Assainissement				Cote d'alerte				
Thème	Indicateurs	Outils	Description	1	2	3	4	5
Prévalence Diarrhée	Taux de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 2 dernières semaines	Enquête ménage	(%) [Nombre enfants de moins de 5 ans ayant fait la diarrhée (inclus sanglante) au cours des 2 semaines (14 jours) précédant l'enquête] / [Nombre Enfants de moins de 5 ans] <i>Diarrhée : selles au moins 3 fois dans la même journée</i>	<20%	<30%	<40%	<45%	>=45%
	Nombre de personnes ayant eu la diarrhée eau de riz au cours des dernières 48heures	Enquête ménage	Nombre de personnes ayant eu la diarrhée eau de riz au cours des dernières 48heures					1
Hygiène et assainissement	Proportion de ménages ayant accès et utilisant à des latrines hygiéniques	Enquête ménage	(%) [Nombre de ménages qui a accès et utilise une latrine hygiénique] / [Nombre total de Ménages]; <i>Latrine hygiénique : pas de mauvaises odeurs, pas de mouches/cafards, aucune matière fécale au sol;</i>	>50%	>25%	>15%	>5%	<=5%
	Proportion de ménages ayant accès à des latrines	Enquête ménage	(%) [Nombre de ménages qui utilise une latrine] / [Nombre total de Ménages]; <i>Latrine hygiénique et latrine non hygiénique</i>					
	Pourcentage des ménage ayant du savon ou de la cendre pour le lavage des mains	Enquête ménage	(%) [Nombre de ménages qui ont du savon ou de la cendre pour le lavage des mains] / [Nombre Total Ménage]	>40%	>30%	>20%	>10%	<=10%
	Pourcentage de ménage qui citent au moins 3 moments clés pour le lavage des mains.	Enquête ménage	(%) [Nombre ménages qui citent au moins 3 moments clés pour le lavage des mains] / [Nombre total de Ménages]; <i>Moments clés: Après la toilette ou la latrine et/ou après le nettoyage ou changement des couches de l'enfant, Avant de manger, Avant de donner le sein à l'enfant, Avant de préparer les aliments</i>	> 50%				<=10%
	Pourcentage de ménage qui disent se laver les mains avec du savon ou de la cendre	Enquête ménage	(%) [Nombre de ménages qui dit utiliser le savon ou la cendre pour le lavage des mains] / [Nombre Total Ménage]	> 50%				<=10%
Accès à l'Eau	Proportion de ménages qui utilise une source d'eau à boire améliorée	Enquête ménage	(%) [Nombre ménages qui utilise une source d'eau à boire améliorée] / [Nombre total de Ménages]; <i>Exemple source d'eau améliorée: puits protégé, source aménagé, eau de robinet, ou eau d'urgence amenée par camion.(cf. MICS 2010 p.139)</i>	>40%	>30%	>20%	>10%	<=10%
	Nombre moyen de litres d'eau potable utilisés par les ménage par jour.	Enquête ménage	(L) [Capacité totale des récipients utilisée pour transporter l'eau de la source à l'habitation] x [Nombre de fois que ces récipients sont remplis par jour]	>105				<=52,5
	Proportion des ménages ayant un accès facile en distance (<500m) et en temps (<15mn) à une ressource d'eau protégée	Enquête ménage	(%) [Nombre de ménages parcourant une distance de moins de 500m en un temps de moins de 15mn en aller simple pour accéder à une ressource d'eau à boire salubre] / [Nombre Total de Ménage].	>40%				<=10%

4. METHODES DE CIBLAGE, DIMENSIONNEMENT DES ACTIVITES ET CALCUL DES BENEFICIAIRES

4.1. Méthode de ciblage et dimensionnement

Le ciblage des bénéficiaires est une thématique majeure puisqu'elle doit permettre, à travers l'élaboration de critères de vulnérabilités, de déterminer les 'cibles prioritaires'. Néanmoins, en cas de nouveaux sites ou nouveaux déplacés, une couverture globale, initiale et rapide sera très probablement nécessaire. Cette problématique est étroitement liée à la nature des interventions, leur taille et le type de besoins qu'elles couvrent. Lorsque les acteurs sont limités par leurs capacités, ou par des contraintes d'accessibilité, il convient de déterminer QUI cibler prioritairement et COMMENT mettre en œuvre cette réponse de façon la plus pratique, adéquate et pertinente.

Le premier élément à prendre en compte pour cibler les bénéficiaires est le mandat du RRM définissant les bénéficiaires cibles des interventions. Dans la plupart des cas les activités EHA RRM visent l'ensemble de la communauté affectée, notamment en cas d'établissement de nouveaux sites de déplacés ou d'afflux important de nouvelles personnes déplacées. Toutefois, pour certaines activités, tel que l'assainissement familial dans les communautés hôtes ou les interventions menées en réponse à des catastrophes naturelles ou épidémies, il est nécessaire de conduire un ciblage des ménages bénéficiaires. En effet, les acteurs prépositionnés ne sont pas en capacité d'appuyer 100% de la communauté affectée (contrainte de ressources, de mandat et de priorité). Dans ces cas, les plus vulnérables parmi la communauté affectée seront assistés en priorité sur la base d'un ciblage défini avec la communauté. L'évaluation portera sur la vulnérabilité sociale, incluant notamment les ménages ayant un enfant de moins de cinq ans touché par une diarrhée au cours des deux dernières semaines.

Les résultats de la MSA ou de l'évaluation technique fournissent une première idée du niveau et des priorités des besoins à partir desquels il faut prioriser, planifier et dimensionner la réponse.

4.2. Calcul des bénéficiaires : méthodologie et outils

Le calcul du nombre de bénéficiaires au cours d'interventions de Réponse Rapide EHA est effectué à deux niveaux :

- D'une part, par activité ;
- Et d'autre part, pour la globalité de l'intervention sur un même site.

Le tableau ci-dessous fournit un mapping des méthodologies de calcul du nombre de bénéficiaires pour chaque activité présentée dans le chapitre 2.1, considéré comme intervention RRM EHA :

Phase / volet d'activité RRM EHA	Activité EHA RRM	Méthodologie / outil calcul bénéficiaires	Commentaire
Pré-positionnement de stock de matériels d'urgence EHA	Intrants pour production et stockage EAU : pompe, bladder, tanks et autres intrants de stockage	NA	Les capacités matérielles des acteurs doivent être pré-positionnées pour un déploiement rapide
	Intrants pour le traitement de l'eau : PUR, Aquatab, chlore HTH sulfate d'aluminium	Calcul sur la base de 1 kit par foyer (selon le type de kit) et pour 7.5l/pers/jour	
	Matériel de construction de latrines d'urgence : tarpaulin, squatting plate, rachis	Calcul sur la base de 1 kit latrine pour 50 personnes	
	Kits d'hygiène	Calcul sur la base de 1 kit par foyer (selon le type de kit)	
Approvisionnement en eau (urgence)	Pompage, traitement et distribution d'eau issue de rivières ou autres eaux superficielles	Calcul sur la base de 15 litres/pers/jrs (SPHERE)	Si la distribution de l'eau pompée / traitée est par water trucking, considérer comme une seule activité et le même nbr de bénefs
	Distribution d'eau par water-trucking	Calcul sur la base de 15 litres/pers/jrs (SPHERE)	
Approvisionnement en eau (moyen terme)	Réhabilitation ou extension légère de réseaux de distribution d'eau	Calcul sur la base de 500 pers/robinet (Standard Sphère)	La qualité de l'eau doit répondre aux exigences nationales
	Réhabilitation légère de puits/forages	Calcul sur la base de 500pers/puits ou forage (SPHERE)	
	Réalisation de puits/forage		
Assainissement à travers	La mise en place de tranchées de défécation	2,5 m de longueur pour 100 personnes	Si on n'a pas le nombre d'individus estimation 1 ménage=7 personnes et pour l'estimation du % H/F et par tranche d'âge on utilisera les chiffres officiels de Diffa (DREC).
	La construction ou réhabilitation de latrines publiques d'urgence désagrégées par sexe	Calcul sur la base de 50pers/cabine (SPHERE)	
	La construction ou réhabilitation de latrines familiales	Nbr de ménages et individus bénéficiaires, désagrégés par sexe et tranche d'âge suivants : 0-5 ans inclus ; filles/garçons (moins de 18 ans) et hommes/femmes (plus	

		de 18 ans) – liste distribution	
	La construction ou réhabilitation de latrines publiques en matériaux semi-durables désagrégées par sexe	Calcul sur la base d'une enquête d'usage.	
	La réalisation ou réhabilitation de trous à ordure d'urgence	Calcul sur la base d'une enquête de pratique.	
Autres activités spécifiques à la réponse cholera	Pulvérisation et désinfection des foyers de provenance des cas et leur voisin	Nombre ménages et individus, fiche de suivi	
	Décontamination des points d'eaux les plus fréquentés si présence avérées de coliformes fécaux. (test E.-coli)	Calcul sur la base de 500pers/puits ou forage Analyse de qualité d'eau bactériologique avec CFU = 0)	En cas de décontamination successive du même point d'eau, le nombre de bénéficiaire ne sera comptabilité qu'une seule fois
	Chloration au point d'eau	500 bénéficiaires par Point d'eau équivalent	
	Distribution de produits de traitements de l'eau	Nbr de ménages et individus bénéficiaires, désagrégés par sexe et tranche d'âge suivants : 0-5 ans inclus ; filles/garçons (moins de 18 ans) et hommes/femmes (plus de 18 ans) – liste distribution	Si on n'a pas le nombre d'individus estimation 1 ménage=7 personnes et pour l'estimation du % H/F et par tranche d'âge on utilisera les chiffres officiels de Diffa (DREC).
Sensibilisation et promotion de l'hygiène à travers	Création/recyclage de comités de maintenance et gestion, les CGPE (Comite de Gestion de Point d'Eau),	Nbr personnes formés et/ou recyclés	
	Le recyclage des relais communautaires formés et sensibilisés aux bonnes pratiques d'hygiène	Nbr personnes formés et/ou recyclés	
	La distribution de kits de maintenance/d'hygiène;	Nbr de ménages et individus bénéficiaires, désagrégés par sexe et tranche d'âge suivants : 0-5 ans inclus ; filles/garçons (moins de 18 ans) et hommes/femmes (plus	Si on n'a pas le nombre d'individus estimation 1 ménage=7 personnes et pour l'estimation du % H/F et par tranche d'âge on utilisera les chiffres officiels de Diffa (DREC).

		de 18 ans) – liste distribution	
	L'organisation de focus group/séances de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène, de potabilisation de l'eau et d'assainissement.	Nbr de personnes présents à l'activité de sensibilisation – liste participants où fiche activité	Si pas possible avoir une liste de participants, utiliser une fiche d'activité où un staff de l'ONG renseigne le nombre de participants

Pour le calcul des bénéficiaires global d'une intervention RRM – EHA, incluant divers volets et activités, **on considère l'activité dont le nombre de bénéficiaire est le plus élevé. Cette méthode permettra d'éviter le double comptage sur des secteurs complémentaires comme l'accès à l'eau et à l'assainissement.** Les bénéficiaires de plusieurs activités pourront être additionnés pour le calcul total des bénéficiaires de la même intervention seulement si les activités sont bien distinct (par exemple si les points d'eau et les latrines sont à une distance suffisante pour estimer que les bénéficiaires directs ne sont pas les mêmes personnes).

5. STRATEGIES DE SORTIE, DURABILITE ET PARTICIPATION

5.1. Durée de l'intervention RRM EHA

Les fins des actions RRM EHA dépendent du type d'intervention :

➤ ***Pour les mouvements de populations***

L'intervention doit prendre fin quand les populations sont retournées, ou lorsque les ouvrages sont terminés et les comités de gestion ont été formés. Une transition vers des programmes de stabilisation pourra alors être favorisée avec l'appui et la coordination du Cluster EHA. Une intervention ne devrait pas dépasser les trois mois, durée à partir de laquelle d'autres capacités doivent être déployées. Une coordination sera faite avec le Cluster WASH et GTWASH..

➤ ***Pour les épidémies de choléra***

L'intervention doit s'arrêter quand l'épidémie est maîtrisée. Cela signifie que le cholera aura disparu totalement après 3 semaines consécutives sans cas. L'objectif du RRM, face au cholera, est de contrôler et maîtriser l'épidémie par des actions EHA essentiellement d'urgence. Cependant, la réduction du risque de choléra devra être adressée par des actions du cluster EHA dans des projets et programmes hors processus RRM avec les acteurs pertinents. La coordination de la réponse doit être assurée aussi avec le Ministère de la Santé Publique.

5.2. Stratégie de sortie et durabilité

Les premières actions à entreprendre dans une intervention RRM doivent avoir un impact immédiat (**sensibilisation**, chloration au point d'eau, approvisionnement d'eau en urgence, distribution kit d'hygiène, latrine d'urgence), et doivent être associées à des actions agissant sur la cause de la crise (réhabilitation d'ouvrage, retrait des sources de contamination, renforcement des capacités communautaires) pour permettre de limiter dans le temps l'intervention de première urgence, assurer une majeure efficacité et durabilité de l'intervention globale. Ces actions durables doivent être mises en place à court terme (quelques semaines) et favoriser une gestion locale pour maximiser les chances de pérennité des résultats.

La stratégie de sortie doit être conçue dès le début de chaque intervention, les éléments à inclure sont la participation communautaire et la coordination avec des acteurs et des projets de post-crise et développement.

Une bonne participation communautaire pendant toutes les étapes de l'intervention est essentielle pour faciliter une sortie des acteurs RRM sans compromettre la pérennité des résultats, notamment en termes d'entretien des infrastructures et d'amélioration des pratiques d'hygiène. La participation communautaire pourra inclure :

- Avant l'intervention : consulter les autorités et les populations et consulter avec eux leurs problèmes majeurs et leurs priorités en termes d'EHA. Les choix d'emplacement des infrastructures pourront se faire en focus group H/F ;
- Pendant l'intervention : suivi de satisfaction des communautés ; assurer l'inclusion de la population dans l'approvisionnement de matériaux et aux travaux communautaires, discussions et sensibilisations, formation des comités d'entretien des ouvrages et des relais communautaires ;
- Fin d'intervention : réponses apportées aux plaintes enregistrées et enquêtes. Les actions entraînant la participation communautaire ne représente pas « un travail à temps plein » entraînant une rémunération (contraire au but de la participation communautaire). L'objectif de cette participation est d'améliorer la durabilité de la réponse RRM et de faciliter sa sortie. Toutefois, si le dynamisme communautaire reste faible et constitue un frein à la réponse d'urgence, le recours à des journaliers reste envisageable pour certaines activités particulières et minimales. Cela devra s'accompagner d'une forte sensibilisation de la communauté et des autorités locales sur la reprise nécessaire par la communauté de ces activités.
- Post intervention : un reporting des activités, des bonnes pratiques et des leçons apprises doit être rédigé dès la fin de l'intervention, Ce reporting sera partagé au sein de la coordination du Cluster WASH en vue d'une capitalisation nationale.

Le Coordinateur du Cluster WASH partagera les informations relatives aux interventions RRM EHA ainsi que le taux de couverture des besoins pour mobiliser les acteurs sur des financements post-crise et envisager une continuité par un portfolio d'activités plus durables.

6. QUALITE

6.1. Rapidité et mobilité

Un des caractéristiques les plus importantes du RRM est **sa réactivité** dans le déploiement d'une réponse humanitaire rapide, efficace et adaptée. Le temps d'intervention entre l'alerte et l'intervention ne dépassera pas :

- 48 heures pour une alerte d'épidémie de choléra ;
- 1 semaine pour le lancement des activités sur un nouveau site de déplacés.

La MSA doit être réalisée dans les 48 heures suivant le lancement de l'intervention et résulter en un plan d'action adapté au contexte et à la crise.

6.2. Redevabilité

Au Niger, le Cadre global de redevabilité RRM devra s'aligner au cadre de redevabilité approuvé au niveau de la coordination inter cluster.

7. MULTISECTORIALITE

Le RRM est un programme qui vise à fournir une réponse multisectorielle aux besoins d'urgence. Dans sa phase en cours le RRM au Niger inclue la réponse dans les secteurs Biens Non alimentaires, Abris, Protection transversale, Sécurité Alimentaire, et EHA, mais les MSA incluent une analyse de vulnérabilité sur l'ensemble des secteurs.

7.1. EHA et Santé

La collaboration avec les acteurs de la santé doit intervenir à plusieurs niveaux, notamment par la synergie et la coordination avec les acteurs étatiques de santé : bureaux du Ministère de la Santé dans les lieux d'interventions, service épidémiologique concernant le rapportage des cas de choléra. Une bonne communication régulière devra être menée sur les moyens de réponses existants.

Dans le cadre de la réponse Cholera, une évaluation initiale sur terrain sera systématiquement menée conjointement avec les partenaires de santé. Ces derniers seront également concertés pour la mise en œuvre des actions.

Lors d'interventions conjointes EHA/SANTE, les activités avec les RECO seront harmonisées et intégrées (par exemple la mise en place de formations sur plusieurs thématiques) afin de rendre leurs actions de sensibilisation plus efficaces.

Des concertations avec le Cluster Santé pourront être conduites pour établir un cadre de travail commun dans les réponses RRM EHA.

7.2. EHA et Education

La collaboration avec le cluster éducation se fait notamment dans la définition et la construction des infrastructures EHA dans les écoles dans les sites évalués par la MSA.

Si un acteur RRM Education intervient dans une école où il y a des besoins en termes de latrines ou d'accès à l'eau, l'acteur EHA présent sera responsable de cette activité.

Des concertations avec le cluster éducation pourront être conduites pour établir un cadre de travail commun dans les réponses RRM EHA.

7.3. EHA et NFI

Les activités conjointes entre EHA et NFI suivantes sont proposées dans la réponse RRM :

- Assurer des séances de promotion à l'hygiène, à l'utilisation de latrines hygiéniques, à l'approvisionnement en eau potable pendant les distributions NFI (ainsi que faire la distribution de kits de traitement d'eau ménage urgence en même temps, si nécessaire et non inclus dans le kit NFI) ;
- Partager les informations par rapport aux ménages ayant reçu un kit NFI et le contenu EHA de ces kits ;
- Cibler des latrines communautaires sur la base du score de vulnérabilité sociale dans le ciblage NFI et ajouter dans la priorisation des ménages avec enfant de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée dans les deux dernière semaines.

8. COORDINATION AVEC CLUSTERS ET LES AUTORITES ETATIQUES

8.1. Le RRM et le Cluster EHA

Les interventions RRM et le MSA planifiées/réalisées sont systématiquement informées au cluster EHA et Groupe de Travail Diffa. Les réunions bimensuelles du cluster EHA à Niamey et du groupe de travail EHA à Diffa, feront l'objet de points focaux d'information, et pourront appuyer la coordination des interventions.

En termes de reporting, les acteurs du RRM reporteront leurs activités au cluster EHA au moins une fois par semaine dans le cadre d'une intervention RRM, en plus de la matrice standard mensuelle.

En cas de crises majeures et impliquant plusieurs acteurs sur une même zone, des réunions bilatérales pourront être organisées afin de faciliter la synergie des actions, la coordination des

stocks de contingence et l'harmonisation des réponses d'urgence apportées. Un point focal par acteurs sera alors désigné pour fluidifier les communications. Le cluster sera informée systématiquement par la transmission d'un compte rendu.

8.2 Le RRM et la collaboration gouvernementale

Dans le secteur EHA, la coordination doit être particulièrement active avec les représentants des autorités gouvernementales (technique et non), dont les Ministères de l'Hydraulique, de la Santé, de l'**Environnement** aux niveaux nationaux et régionaux. Cette collaboration a pour objectif d'assurer le suivi, la continuité et le succès des interventions. Toutefois, s'il apparaît évident que cette coordination concerne tous les niveaux étatiques, les services décentralisés les plus proches des zones d'interventions se verront être favorisés. Les acteurs RRM sont ainsi encouragés à établir un MoU avec la DRHA ou les Directions techniques concernées en conformité avec les textes définissant les modalités de collaboration.

9. QUESTION TRANSVERSALES, ENGAGEMENTS DU RRM

9.1 Protection et 'DO NO HARM'

Le principe 'Do no harm' et la protection transversale doivent être adoptés par les acteurs RRM EHA. Une évaluation d'éventuels risques liés aux interventions sera conduite et des check-lists de protection produites. Le programme RRM adoptera les consignes suivantes dans le cadre de la protection :

- Sur les nouveaux sites et pour des nouveaux arrivés, les premières distributions NFI et kits EHA devront se faire de manière globale (sous condition de capacités et de priorités) ;
- Assurer le respect des priorités d'interventions (ne pas avoir des actions de priorité 3 sur un site, sans avoir couvert les priorités 1 sur un autre (sur une même intervention) ;
- Assurer que la population ciblée peut exprimer ses priorités en termes de besoins EHA et peuvent s'impliquer dans la planification des actions ;
- Tenir compte de la capacité de la population et des différents groupes de population en terme de contribution et de collaboration ;
- Consulter prioritairement les filles et les femmes à tous les stades du projet ;
- Appliquer une distance maximum de 500 mètres entre les habitations et les points d'eau ;
- Appliquer un temps d'attente maximum de 15 minutes aux points de puisage pour éviter les conflits ;
- Aménager un accès dégagé et entretenu pour chaque point d'eau (absence de broussaille, de camp militaires...) ;
- Rapporter tous cas avérés ou suspects de violences sexuelles aux acteurs compétents pour une prise en charge des victimes. Sans présence d'acteurs spécifiques dans la zone, partager l'alerte avec le Cluster qui transmettra au Cluster protection et tout autre acteur pertinent.

ATTENTION : toutes ces informations doivent être traitées avec discrétion et en respectant l'anonymat des victimes.

9.2 Genre

Les activités EHA doivent intégrer les cinq principes clés pour assurer la sécurité et la dignité des femmes, filles, des garçons et des hommes. Les lignes directrices du Cluster WASH intègrent ces principes.

Les interventions EHA doivent donc :

- Analyser et prendre en compte la division des tâches et les besoins différenciés des femmes, des hommes, des filles et des garçons dans l’approvisionnement en eau, l’entretien et l’hygiène ;
- Consulter prioritairement les filles et les femmes à tous les stades du projet, en particulier sur l’emplacement et la conception des points d’eau, des douches et des toilettes afin de réduire les temps de collecte et d’attente, leur confort d’utiliser une latrine/douche ainsi que les risques de violence. Veiller à ce que les équipes d’évaluation et de traduction comportent des femmes ;
- Encourager une égale représentation des femmes et des hommes au sein des comités et lors des formations afin que chacun ait une pleine maîtrise des ouvrages existants. Impliquer les hommes dans la maintenance de la propreté et dans les programmes d’hygiène ;
- Séparer par sexe les blocs de douches et toilettes grâce à un pictogramme, en respectant un ratio de 6 portes pour les femmes contre 4 pour les hommes. Les portes doivent pouvoir être verrouillées de l’intérieur et une paroi de protection vue/entrée (screen wall) réalisée.
- Répondre aux besoins spécifiques en hygiène intime des filles et des femmes en âge de menstruation par la construction de coins laverie et la mise à disposition de kits d’hygiène intime, en collaboration avec NFI.

9.3 Les personnes à mobilités réduites

Les besoins spécifiques des personnes à mobilités réduites seront pris en compte pour faciliter leur intégration, leur représentativité et leur dignité. Cette prise en compte se limite cependant à des actions peu ou pas coûteuses. En effet, le handicap, comme la vieillesse, doit être un critère d’élection prioritaire de vulnérabilité et ne doit pas constituer un critère d’exclusion. Une sensibilisation communautaire est préconisée pour encourager l’appui et l’implication de ces personnes.

Ainsi le RRM s’engage à respecter les aspects suivants :

- 1 PSH intégré dans chaque comité créé (CGPE)
- 10% des points de chloration sont menés par une PSH (en situation d’épidémie)
- 5% respectivement ou au moins 1 latrines et douches d’urgence par zone et par sexe sont accessibles et aménagées aux PSH dans les sites en respectant les standards techniques.

9.4 Environnement

Certaines activités EHA, telles que la gestion des déchets solides, le drainage des eaux superficielles et la protection des ressources en eau, participent directement à l'amélioration de l'environnement et plus des conditions sanitaires. Les activités de construction peuvent affecter négativement l'environnement mais les acteurs du secteur s'engagent à réduire ces impacts négatifs autant que possible par l'application de mesures préventives. Cependant et dans la mesure du possible, le RRM s'engage à :

- Valoriser les achats locaux pour limiter le transport (impact carbone) ;
- Respecter une distance minimale entre 30 et 50 mètres (suivant conditions hydrogéologiques) entre les latrines, trous à ordures, autres sources de contamination et les points d'eau ;
- Favoriser l'utilisation des matériaux locaux tout en veillant à la problématique du respect de l'environnement.

9.5 VIH/SIDA

Dans le cadre du RRM, les partenaires EHA s'engagent au minimum à sensibiliser les différents comités (ex : CGPE) de la problématique du VIH Sida, en reprenant les principes de prévention de bases ABC (Abstinence, Bonne fidélité, Condom).

La sensibilisation devra surtout se focaliser sur une attention toute particulière à donner aux besoins spécifiques des malades de VIH/SIDA en termes de pratiques d'hygiène et de besoins en eau potable accrus.

Si le partenaire a des compétences particulières dans ce domaine sensible des actions complémentaires, notamment lors de la sensibilisation, peuvent être menées.

9.6 Autre

Les acteurs utiliseront de manière raisonnée la force de travail des communautés locales et intégreront cette contribution dans le cadre de l'amélioration et la création de revenus (même si temporaires et de court terme). La main d'œuvre locale, contribuant aux activités, sera systématiquement formée dans les villages et communes affectées.

L'utilisation de main d'œuvre locale, rémunérée, ciblera les ménages les plus vulnérables, les personnes en capacité et en âge de travailler sur la base du Causal Labor. Un système de rotation des personnes rémunérées sera proposé dans la mesure du raisonnable pour élargir le champ d'impact.

Les rémunérations se feront directement avec les personnes et non à travers des intermédiaires (entreprise, chef de village ou autres).

2^{ème} PARTIE – Guide technique d’orientation Ouvrages et standards EHA sur une réponse d’urgence

Les standards proposés dans cette seconde partie du guide d’orientation s’appliquent au-delà des interventions du cadres RRM mais à toutes interventions de type urgence. Toutes interventions « **urgence** », implémentées sur le secteur EHA se conformera aux standards présentés dans ce document guide.

Nous rappelons que tous les éléments présentés ici sont le fruit de discussions nourries et de coordination réalisées à l’échelle du cluster EHA Niamey, du groupe de travail EHA Diffa et du groupe de travail Mouvement de Population depuis 2016. Tous les éléments présentés sont donc approuvés par ces organisations de représentation spécifique au secteur EHA.

1. REPONSE CHOLERA / EPIDEMIE

>> La réponse Choléra peut inspirer la réponse EHA à de nombreuses épidémies dont l’eau et l’hygiène est un vecteur majeur de contamination ou de prolifération.

En cas d’épidémie de choléra une réponse EHA peut être déclenchée à partir des données du Ministère de la Santé et ses organes régionales (DRSP), même en absence d’une MSA. **L’épidémie est déclarée** dès qu’un cas est confirmé, alors une intervention EHA choléra peut être automatiquement déclenchée. Un cas de diarrhée eau de riz peut également suffire à déclencher une telle intervention (confirmation par un agent de santé).

Pour toutes autres épidémies, le déclenchement se fera sur la base de la déclaration du Ministère de la Santé et d’un plan d’action proposé par le Cluster.

Les interventions EHA seront implémentées sur la base d’une collaboration forte et constante avec le secteur Santé à l’échelle régionale et nationale.

1.1 Pulvérisation et désinfection

La pulvérisation dans le cadre des interventions sur des épidémies de choléra est obligatoire (sauf si elle est déjà prise en charge par un autre acteur). Elle doit permettre de désinfecter la latrine et le foyer du malade ainsi que des habitations environnantes et les latrines publiques. Si la famille possède un puits ou un réservoir, ce dernier doit aussi être désinfecté. Une sensibilisation adaptée devrait accompagner systématiquement ces actions.

La coordination avec les acteurs Santé est essentielle. La répartition des rôles habituels veut que les acteurs de Santé gèrent l’intérieur des CTC alors que les acteurs EHA s’occupent des facteurs

extérieurs. Si aucun acteur Sante n'est en capacité d'intervenir de manière spécifique dans les CTC, alors les acteurs EHA peuvent s'y substituer.

1.2 Chloration au point d'eau

Il est important de mentionner que la mise en place et le suivi des points de chloration sont des activités majeures dans le cadre d'une réponse Choléra d'urgence et de nombreuses épidémies ou l'eau contaminée joue un rôle de vecteur ; dans l'hypothèse qu'une source d'approvisionnement en eau existe déjà sur le site. En cas de mouvement de population, la priorité numéro 1 est d'aménager ou réhabiliter des points d'approvisionnement en eau, à partir desquels sera organisé le plan d'action « points de chloration ». Ces points de chlorations sont alors programmés dès le déclenchement dans les 48h.

Les points de chloration sont mis en place sur l'ensemble des principaux points d'eau où la population ciblée s'approvisionne en eau de boisson et où une analyse bactériologique validera la présence de coliformes fécaux dans l'eau. Les normes OMS et Sphère préconisent 0 coliformes fécaux pour 100ml d'eau. D'après les standards internationaux, ces points d'eau doivent avoir une turbidité inférieure à 5 NTU pour un traitement par chloration. Cependant, en situation d'urgence, il est possible de chlorer une eau brute jusqu'à 20 NTU. Il est donc fortement recommandé d'effectuer une mesure de la turbidité (simple tube de turbidité) et un jar test pour confirmer l'efficacité de la chloration (le taux de chlore résiduel dans l'eau de consommation doit se situer entre 0,5mg/l et 1mg/l).

Ces solutions seront préparées dès le début de l'intervention afin d'organiser ces points de chloration en début d'épidémie. Cependant, si l'épidémie évolue à la hausse, des moyens plus lourds pourront être mis en place pour diminuer la turbidité et améliorer la qualité du traitement par chloration.

Pour chlorer l'eau, on utilise une solution mère de 1% à 2% de chlore actif (soit 10g/l à 20g/l). Une fiche technique pratique est disponible pour faciliter le dosage de cette solution mère. Cette solution doit être conservée dans un jerrycan en plastique hermétique et à l'abri de la lumière durant une période maximale d'une semaine. Les agents chloreurs doivent être formés et suivis régulièrement par les équipes EHA. Afin de s'assurer de l'efficacité de la chloration, il est impératif d'effectuer régulièrement des tests au moment de la consommation de l'eau par les populations à savoir au domicile des ménages (chlore résiduels libre compris entre 0,5 et 1 mg/l maximum).

Afin d'assurer l'implication communautaire et la soutenabilité des interventions « réponses cholera » le frais octroyés aux chlorateurs doivent être considérés comme une « prime » et pas un salaire. La prime est établie à 1500 francs pour **une demi-journée** de prestation au point de chloration. Chacun de ces points fonctionnera avec deux chlorateurs journaliers suivant la rotation suivante : 6h-12h15 et 12h15-18h30.

Le choix des sites d'emplacement de points de chloration est effectué en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles qui sont consultées prioritairement quant à l'emplacement des points de chlorations.

La chloration doit s'accompagner de sensibilisations sur :

- La consommation d'eau chlorée pour une meilleure acceptation (gout).
- L'entretien des récipients de stockage de l'eau afin de minimiser la contamination post-distribution.
- Les différentes méthodes de potabilisation de l'eau.

Un plaidoyer doit être mené auprès de tous les acteurs (Cluster, DRHA, acteurs développement, etc.) pour mettre en place une stratégie de sortie notamment :

- La construction et/ou réhabilitation d'ouvrages plus durables (puits, forage, adduction...).
- La reprise communautaire de la lutte contre les maladies épidémiques à travers les services de santé locaux.

Si la première recommandation est de privilégier la chloration au seau et un traitement de l'eau au domicile, en cas de contamination importante validé par des tests E-Coli, **des points de chloration sur des ouvrages construits** (puits, forages, adduction...) doivent être mis en place. En effet, dans le cas contraire, la population peut avoir des difficultés à comprendre pourquoi l'eau provenant de points d'eau protégés est contaminée. Il faut néanmoins relativiser le taux de contamination d'un point d'eau protégé (défini par H₂S ou mesure de quelques E.Coli). Les points de chloration doivent être prioritairement mobilisés sur les sources d'eau brute (source stagnante, étang, rivière, etc.) qui sont statistiquement 1.000 à 10.000 fois plus contaminées qu'un point d'eau protégé. Cependant tout dépendra du type et de l'ampleur de l'épidémie. De plus, quelques exceptions peuvent être faites lorsque plusieurs utilisateurs d'un même point d'eau protégé ont été contaminés ou si la fréquentation de ce point d'eau est très importante.

Kit point de chloration					
N°	Articles	Q.té/kit	Unité	PU	P. TOTAL
1	Seau 20 lt avec couvercle	1	pièce	2000	2 000,00
2	Seringue 10 ml	10	pièce	200	2 000,00
3	Cahier 96p	1	pièce	200	200,00
4	Stylo (marque schneider)	2	pièce	100	200,00
5	Chaise	1	pièce	10000	10 000,00
6	Dossard	1	pièce	3000	3 000,00
7	Tenue de travail	1	pièce	15 000	15 000,00
8	Parasol	1	pièce	4 500	4 500,00
9	Chlore	2	kg	2 500	5 000,00
10	Gant sanitaire	2	paire	2 000	4 000,00
11	Cache nez (paquet de 50)	4	pièce	5 000	20 000,00
12	Savon en poudre (Omo)	0,5	kg	250	125,00
13	Cuillère à soupe (en plastique)	4	pièce	500	2 000,00
14	Affiche plastifiée de sensibilisation pour l'utilisation de l'eau chlorée	2	pièce	5 000	10 000,00

15	Flacon plastique ou verre avec corde pour la prise d'échantillons pour analyse de la qualité d'eau (dans le puits/forage). Et 2 flacons pour transport d'échantillon d'eau prises.	3	pièces	7 500	22 500,00
16	Etuve pour préparation de solution mère	1	pièce	10 000	10 000,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: F CFA					110 525,00

Cas des points de chloration sur sources d'eau brute (les rivières, eau stagnante...) :

Il n'est pas nécessaire de faire d'analyse bactériologique (l'eau est à de grande chance d'être fortement contaminée). Idéalement, un test de turbidité in-situ peut être réalisé via un simple tube de turbidité. En effet, si la turbidité est supérieure à 20 NTU, une alternative au point de chloration devra être envisagée (mini-station de floculation, changement de source, utilisation de produit PUR).

1.3 Distribution de purifiant d'eau à domicile

La mise en place de points de chloration au niveau d'ouvrages communs doit être préféré à la distribution de purifiants à domicile pour deux raisons : d'une part par son moindre cout de déploiement, et d'autre part parce qu'elle facilite une vérification de la bonne utilisation du désinfectant.

La distribution de produit de traitement se justifie au cours d'épidémie et/ou de problèmes graves de qualité de l'eau (contamination microbiologique vérifiée par kit Del-Agua). Il s'agit d'une méthode préventive de contrôle des épidémies rapidement déployable par un système de stock de contingence.

La distribution de kit cholera est réservée aux malades de cholera.

La distribution d'Aquatab ou PUR (ou même de chlore liquide si disponible) doit s'effectuer selon les modalités suivantes :

1. Contact avec la DRH/A pour :
 - Expliquer le mode d'intervention et informer du produit à distribuer.
 - Concertation et identification des zones d'interventions (respectant les critères d'intervention).
2. Contact avec les autorités locales et comités de déplacés pour la présentation du produit.
3. Formation des ReCo sur le produit et son utilisation. Distribution à chaque ReCo d'un dépliant d'information sur l'utilisation du produit.
4. Enquête pré-distribution.
5. Sensibilisation et distribution individuelle aux adultes dans les aires de santé affectées par une hausse des maladies d'origines hydriques.
6. Suivi quotidien de l'utilisation de l'Aquatab par des tests du chlore résiduels au niveau des ménages (chlore résiduel à 0,5 mg/l).
7. Enquête post-distribution sur l'utilisation du produit et son impact.
8. Débriefing avec la DRH/A.

Remarque : Au Niger, certains partenaires ont constatés que l'Aquatab était mieux acceptés par la population locale. L'avantage du PUR est qu'en plus de la désinfection de l'eau, il va aussi diminuer la turbidité par une coagulation et floculation. Ce produit est donc conseillé lorsque l'eau a une turbidité importante (> 20 TU). Durant les distributions, il est conseillé de choisir un seul produit.

Le standard minimum en première urgence lors de déplacements et retours récents étant de 7,5l/pers/jour, il s'agira donc de distribuer 3 tablettes d'Aquatab ou 3 sachets de PUR par ménage pour jour, en fonction de la qualité de l'eau, pour une durée minimale d'un mois. La quantité est de 1 tablette d'Aquatab pour 8 à 10l et 1 sachet de Pur pour 10l. Une calculatrice est proposée par le cluster pour le calcul. Idéalement la distribution se fera à une fréquence hebdomadaire ou mensuelle sur la durée de l'intervention afin de s'assurer du bon usage du produit et que celui-ci ne soit pas intégralement consommé/vendu à la première semaine.

2.4 Kit choléra

Les interventions peuvent inclure une distribution d'un kit cholera uniquement pour les ménages avec un cas de choléra. Les kits pour les interventions en réponse à une épidémie de choléra seront harmonisés et contiendront éléments suivants :

Kit cholera ménage (eau < 20 NTU)						
N°	Article	Q.té/Kit	UNITE	Fréquence	PU	PT
1	Seau 20l avec couvercle	1	pce	Unique	2000	2 000,00
2	Jerrican 20l	1	pce	Unique	2000	2 000,00
3	Tissus (1m2)	1	pce	Unique	1500	1 500,00
4	Barre de savon selon le standard Sphère de 200gr/pers/mois.	7	Morceau de 200g	Par mois	100	700,00
5	Aquatab	1	carton de 200 plaquettes	Par mois	3500	3 500,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: FCFA						9 700,00

Du chlore peut remplacer l'Aquatab dans le kit pour les eaux non turbide, mais les quantités et mode d'utilisation devront être clairement présentés.

Pour les eaux turbide supérieur à 20 NTU, le kit reste le même à exception de l'Aquatab qui doit être substitué par le PUR.

Les kits cholera sont donnés aux gardes malades et aux familles des malades pour limiter la propagation à l'entourage.

Seuls l'Aquatab et le PUR sont aujourd'hui agréés par le ministère de la santé.

2. APPROVISIONNEMENT EN EAU

2.1 Solutions immédiates : Water-trucking ou Water Pumping

Le recours au **'Water trucking' (WT)** doit être une solution de dernier recours si aucune autre solution ne peut être trouvée pour fournir l'eau potable dans une situation d'urgence. On doit y préférer la chloration/traitement d'eau de surface, la réhabilitation ou la construction de points d'eau accessibles et suffisants, ou encore le **'Water pumping' (WP)**.

Le Water-trucking et le Water-pumping permet un approvisionnement en eau en urgence lorsque les moyens existants ne suffisent pas à répondre à la crise et lorsque qu'aucune autre solution n'est envisageable immédiatement.

Toutefois, étant donné son coût, il s'agit d'une solution temporaire qui doit rester exceptionnelle et de dernier recours. Une stratégie de sortie doit impérativement être anticipée avant même la mise en place de cette activité et un plaidoyer doit être mené auprès du cluster :

- Construction ou réhabilitation d'ouvrages durables (puits, forages, adduction) ;
- Autre solution semi-permanente ou permanente selon la nécessité du contexte (puits, forage peu profond ne fournissant pas une eau de qualité)

Le choix des emplacements des bladder et rampes de distribution doit se faire en impliquant la population ciblée et notamment les femmes, les filles et les personnes en situation de handicap qui sont consultés prioritairement.

La mise en place systématique de chloration dans le cadre du « water trucking » est mandataire, et devra se faire si possible au niveau du camion-citerne afin d'optimiser la durée de contact minimal pendant le trajet (30 minutes minimum). Dès l'arrivée sur site, un suivi qualitatif doit être assuré par l'opérateur du camion-citerne (pool tester). Une chloration choquée supplémentaire des bladders doit être ensuite réalisée avant chaque première utilisation puis mensuellement. La chloration au point de consommation au niveau des rampes de distribution doit être de 0.5mg/l de chlore actif minimum. Les tests rapides de chlore actif doivent être également régulièrement faire au niveau des ménages. Tout résultat en deca de cette limite, doit faire l'objet immédiatement d'un ajustement de la dose de chlore par l'opérateur.

En cas de turbidité importante, supérieure à 20NTU en situation d'urgence, un traitement doit être fait AVANT la chloration. Le traitement se fera donc en 3 phases :

- Flocculation à base de coagulant (type sulfate d'alumine) et dosé par Jar test
- Décantation
- Chloration

Les phases 1 et 2 se feront dans un tank Onion pour garantir une capacité suffisante. La phase 3 se fera au niveau des bladders avant distribution. L'opérateur étudiera néanmoins avant la possibilité de trouver une autre source de meilleure qualité.

L'opérateur pourra également envisager l'installation de mini-station de traitement « plug&play », basé sur des procédés de filtration sous pression.

La mise en place d'agents de suivi et d'un responsable de site ou Comité de Gestion formé (gestion des flux, entretien des équipements et suivi de la chloration) est essentielle :

- Tenu d'un cahier de suivi quotidien incluant les volumes / horaires de remplissage des bladders
- Recensement des problèmes rencontrés (techniques et sociaux)
- Contrôle quotidien du Chlore libre en sortie de Camion-Citerne
- Contrôle quotidien de Chlore libre au niveau des rampes sur chaque Bladders
- Contrôle régulier de Chlore libre au niveau des ménages
- Information aux usagers

Des activités de sensibilisations spécifiques seront également menées à travers des animateurs mais également par le biais des équipes des gestions du site :

- La consommation d'eau chlorée pour une meilleure acceptation (gout) ;
- L'entretien des récipients de transport et de stockage de l'eau afin de minimiser la contamination post-distribution ;
- Le rôle du traitement de l'eau et les techniques possibles ;
- L'aspect temporaire de la solution apportée.

2.3 Solutions de transition : Puits ou forage

Comme énoncé précédemment les solutions de WT ou WP permettent de répondre en quelques jours à une forte demande en eau suite à une crise, quel que soit le contexte. Elles restent des solutions très coûteuses et donc temporaire le temps de mettre en œuvre d'autres solutions de transition tels des ouvrages plus traditionnels d'approvisionnement.

Les puits et forages permettent de capter des eaux souterraines plus ou moins profondes et de qualité plus ou moins bonne. Les nappes profondes sont naturellement protégées des pollutions bactériologiques mais peuvent être soumises à une minéralisation importante. Les nappes de surface et intermédiaires sont davantage sujettes aux pollutions de surface, aux risques de contamination humaine et dans certaines zones à une salinité importante.

Des investigations doivent donc être menées avant de prendre une décision, dont une étude de la zone et de la production des ouvrages existants dans la région. En situation d'urgence où la question rapport/coût prévaut pour combler des GAPs en eau important et soudain, les solutions suivantes sont à étudier en fonction du contexte en substitution de WT :

- Réhabilitation de forage ou puits
 - Si les travaux sont légers (changement de l'équipement d'exhaure ou désinfection) ;
 - Pompe PMH et Chlore en contigence ;
 - Travaux de moins de deux semaines ;
 - PMH ou puits pour 500 personnes ;
 - Possibilité d'équipement de pompage thermique avec rampe de distribution ou bladder si les besoins sont importants ;
 - Système peu coûteux.

- Forage à la tarière (<50 m de profondeur)

Précisons que la profondeur moyenne à Diffa, pour les zones favorables sont de 35m à 40m.

- Possibilité de matériel en contingence pour l'équipement et la foration ;
- Foration et équipement en 1 à 2 semaines ;
- PMH pour 500 personnes ou pompage et rampe de distribution ;
- Système peu couteux ;

Les forages manuels à la tarière ne peuvent être développés que dans les sols non-consolidés et lorsque la profondeur de la nappe phréatique le permet.

- Extension de réseau de distribution AEP
 - Si les travaux sont légers (mail distance d'extension) ;
 - Dimensionnement au strict minimum ;
 - Travaux de moins d'un mois ;
 - Rampe pour 500 personnes/robinet ;
 - Système nécessitant un minimum d'étude.
- Forage mécanique (>50 m de profondeur)
 - Possibilité de matériel en contingence pour les équipements ;
 - Foration et équipement en 3 semaines ;
 - PMH pour 500 personnes ou pompage et rampe de distribution ;
 - Cout trois fois plus important qu'un forage à la tarière.

Si les forages à la tarière ne permettent pas d'accéder à la nappe phréatique ou si la qualité de l'eau proche de la surface est de mauvaise, alors il est nécessaire de forer plus en profondeur à la recherche des nappes intermédiaires avec un forage mécanique.

Les forages profonds, non mentionnés dans la liste, offrent l'accès à une source d'eau de qualité mais nécessitent des études complexes et des travaux couteux et long. La quasi absence d'eau de surface dans la région justifie l'utilisation des forages dans les situations d'urgence, incluant les réponses EHA en urgence. La priorité sera donc faite aux activités de travaux légers, rapides et peu couteux (réhabilitation légère de forage ou puits, ou dans certaines situations complexes la construction de nouveaux ouvrages).

Le choix du type d'ouvrage devra donc se prendre au cas par cas, en fonction de la situation hydrogéologique et économique et sociale, en coordination avec le cluster EHA et la DRHA. Le recours aux forages mécaniques doit rester une solution de dernier recours dans une situation d'urgence.

Le choix de la pompe dépendra du contexte local, et de nombreux paramètres à évaluer rapidement :

- Besoins identifiés
- résultat de l'essai de pompage ;
- HMT ;
- équipements utilisés localement ;
- accès aux pièces de rechanges et capacité de maintenance ;

- Cout de pompage.

La localisation des ouvrages sera choisie en impliquant la population ciblée et notamment les femmes et les filles qui sont consultées prioritairement, selon la pertinence des besoins et contraintes de terrain. L'implication des communautés permettra une meilleure acceptabilité dans les usages et limiter les conflits. Les détails techniques et les coordonnées géographiques des points d'eau doivent également être visés par la DRHA.

La conception des ouvrages de surface (rampe, puits, forage, borne fontaines) doivent faire l'objet d'une attention particulière et répondre à un minimum de conditions pour réduire les risque de contamination. L'aménagement des points d'eau doit inclure :

- Un aménagement de surface garantissant une protection adéquate contre le risque de pollution de surface ;
- Les équipements de pompage adéquats garantissant les règles d'usage standards ;
- Faire l'objet d'une validation qualitative physico-chimique et bactériologique, d'un suivi adapté ;
- Un bon système d'évacuation et d'infiltration en complément au aménagement de surface anti-bourbier ;
- Potentiellement des infrastructures de protection pour garantir la sécurité des équipements coûteux mis à disposition temporairement ou durablement ;
- Désigner et former des capacités locales de gestion et de maintenance ;
- Concevoir les ouvrages en concertation avec les habitudes des populations.

Systématique des sensibilisations accompagneront la construction et/ou réhabilitation de points d'eau, incluant les thèmes suivants :

- L'entretien des ouvrages aménagés, dont une formation de Comite de Gestion de Points d'Eau (CGPE) ;
- Le prix de l'eau à payer (le service) qui peut garantir la pérennité de l'ouvrage sa maintenance et son remplacement ;
- L'entretien des récipients de stockage de l'eau afin de minimiser la contamination post-distribution.

A la fin de l'intervention, un kit d'entretien minimum doit être remis au CGPE préalablement formé à son utilisation. La composition minimale du kit les ouvrages durables est la suivante :

N°	Articles	Q.té/kit	Unité	PU	PT
1	Brouette	1	Unité	25000	25 000,00
2	Pelle bêche	2	Unité	2500	5 000,00
3	Pioche	2	Unité	4000	8 000,00
3	Râteaux	1	Unité	2500	2 500,00
4	Balai	2	Unité	1500	3 000,00
5	Bottes	5	Pair	7000	35 000,00
6	Gants	5	Pair	2500	12 500,00
7	Seau	2	Unité	2000	4 000,00
8	Pool tester chlore avec réactifs de base pour 1 an	1	Unité	95000	95 000,00
9	Crésyl	5	Bouteille	2000	10 000,00
10	Clé anglaise	2	Unité	10000	20 000,00
11	Clé à molette	2	Unité	12000	24 000,00
12	Pince (1 tête plate, 1 tête aigué)	2	Unité	2500	5 000,00
13	Tenaille	1	Unité	2500	2 500,00
14	Téflon (bandes mis aux filetages avant assemblage des tuyaux/pièces)	10	Unité	800	8 000,00
15	Ev. pièces de rechange de base pour le point d'eau (pompe à main, Mini-AEP, PEA)	1	kit		-
COUT TOTAL APPROX. KIT: FCFA					259 500,00

En l'absence d'un réseau d'artisan-réparateurs au niveau régional, il est laissé à chaque organisation intervenant sur une réponse d'urgence de décider de la manière dont elle souhaite organiser la réparation des ouvrages, en concertation avec la DRH/A. Cette décision pourra être appuyée par le Cluster.

Les adductions (notamment la construction) ne sont pas recommandées dans le cadre d'intervention en urgence et clairement contre-indiqué en situation non gravitaire). Cependant, dans certains cas, cette solution peut s'avérer la meilleure ou du moins la seule techniquement envisageable. L'adduction doit alors être la simple possible. Si le captage de la source est bien conçu et robuste, un système ouvert peut représenter une solution durable et peu coûteuse.

3. ASSAINISSEMENT

3.1 Première réponse : Tranchées de défécation /champ de défécation

Les tranchées de défécation sont la première réponse à un choc soudain dont les conséquences se répercutent sur la santé publique. Les tranchées sont limitées à la première réponse (2 semaines) dans l'attente de la mise en place de latrines d'urgence qui doivent déjà être envisagées dans cette phase de première réponse. Les expériences positives de tranchées sont néanmoins mitigées, et notamment sur le territoire Nigérien et souligne l'aspect urgence et très limité dans le temps. Elles doivent être une solution qu'en cas de déplacement massif, où l'implémentation de solutions plus sophistiquées est complexe.

Les tranchées de défécation sont intégralement construites par le programme au cours de l'intervention selon les modalités suivantes :

- fourniture des matériaux ;
- fourniture de la main d'œuvre, avec potentiellement la participation de la communauté ;
- respect des engagements pour la protection des filles et des femmes (tranchées séparées hommes/femmes, protection de l'intimité, choix du site d'emplacement avec la population cible) ;
- Installation de dispositifs de lavage de mains simples avec savon ;
- sensibilisation à l'utilisation des tranchées.

Les tranchées seront idéalement protégées de bâches, permettant un minimum d'intimité et incluant impérativement une séparation des espaces femme et homme. Ajoutons qu'une forte sensibilisation est essentielle et de manière régulière auprès des usagers sur les risques liés à la pratique de la DAL et la nécessité de maintenir un environnement sain pour éviter les risques d'épidémie. **Des dispositifs de lavage de main, avec présence de savon ou d'eau chlorée à 0.2% doivent impérativement être mis à disposition.**

Il est important d'impliquer la communauté aussi rapidement que possible dans le processus par la désignation d'un comité de gestion qui aura la charge de la gestion quotidienne des zones aménagées ainsi que dans la localisation des zones d'aménagement.

Rôle à prévoir avec le Comité de Gestion :

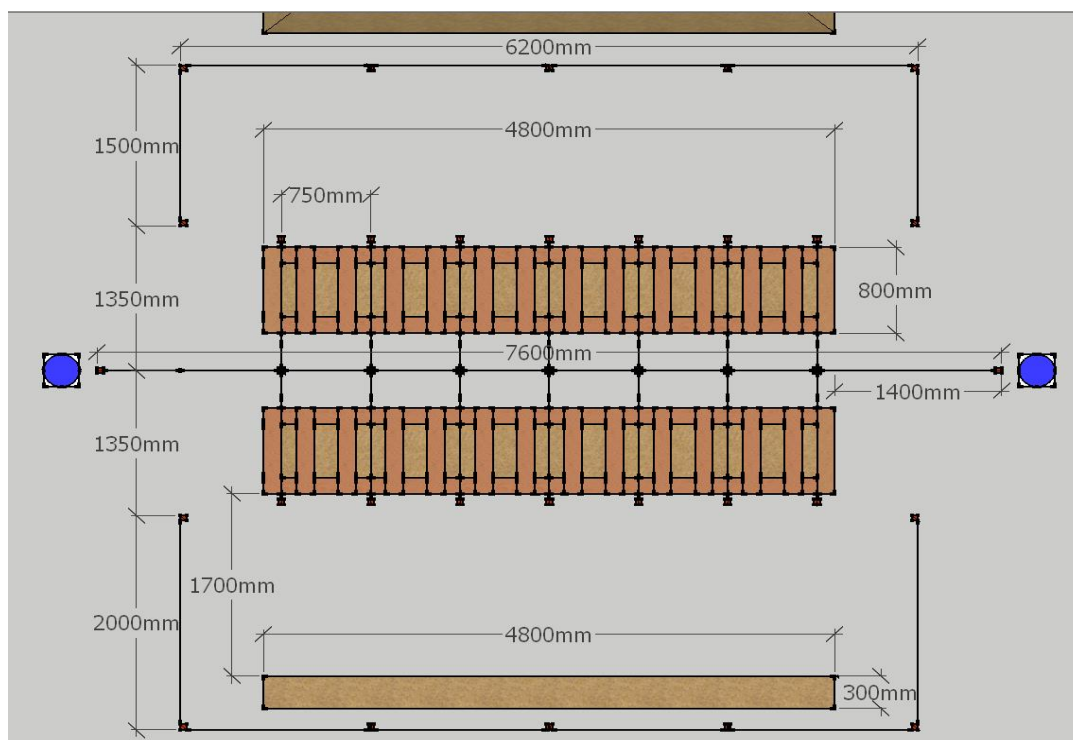
- suivi quotidien des aménagements
- Sensibilisation et information
- Entretien des dispositifs de lavages des mains (désinfection et assurer que du savon est disponible ou remplissage d'eau chlorée à 0.2%)
- Pulvérisation de chlore à 2% et remblayage des tranchées utilisées quotidiennement
- Déplacement complet des aménagements si l'espace n'est plus disponible pour de nouvelles tranchées

Dès l'organisation des tranchées de défécation ou champ de défécation, un kit minimum d'entretien et gestion doit être remis au Comité de Gestion préalablement formé à son utilisation.

Les intrants de chloration doivent être renouvelés autant que nécessaire, et les kits seront adaptés à la taille et nombre de tranchée.

Kit minimum entretien > Comité de gestion					
Tranchée / Aire de défécation					
#	Article	Qté/kit	UNITE	PU	PT
1	Pelle bêche	2	u	2500	5 000,00
2	Râteau	2	u	2500	5 000,00
3	Brosse à dents dures	5	u	2000	10 000,00
4	Gant en plastique	5	Paire	2500	12 500,00
5	Botte	5	Paire	7000	35 000,00
6	Vêtement de protection	5	u	15000	75 000,00
7	Eau de javel (1l)	10	u	2000	20 000,00
8	Grésil (1l)	10	u	2000	20 000,00
9	Seau 20l	5	u	2000	10 000,00
10	Cache nez (paquet de 50)	1	u	5000	5 000,00
11	Pulvérisateur	1	u	27500	27 500,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: F CFA					225 000,00

Exemple d'aménagement pour 12 espaces (Cf. Fiche technique Cluster):



3.2 Solution d'urgence : Bloc de latrines d'urgence

Les blocs publics de latrines d'urgence doivent remplacer dès que possible les tranchées de défécation (maximum de 2 semaines). Le type standard de latrine d'urgence doit favoriser la simplicité de la mise en œuvre pour un moindre coût. Néanmoins certains paramètres doivent être identifiés pour la conception, dont la nature du site (durable ou non), le type de population et les raisons de leur déplacement (durable ou pas) et le type de sol pour la fosse à proposer. Comme tous types d'ouvrages, la localisation prendra en compte l'aménagement social du site et sera planifié avec la contribution de la communauté. L'espace retenu tiendra compte également de la possibilité de déplacement de structure et le creusement de nouvelles fosses selon une fréquence à évaluer.

Les blocs publics de latrines d'urgence sont intégralement construits par le programme au cours de l'intervention selon les modalités suivantes :

- fourniture des matériaux ;
- fourniture de la main d'œuvre, avec potentiellement la participation de la communauté ;
- respect des engagements pour la protection des filles et des femmes (latrines séparées hommes/femmes, protection de l'intimité, choix du site d'emplacement avec la population cible) ;
- installation de dispositifs de lavage de mains simples avec savon ;
- mise en place d'un système de nettoyage communautaire pour les latrines publiques.

Un poste de latrine d'urgence est utilisé par 50 personnes. Chaque poste inclura une cabine pour les femmes et une cabine pour les hommes, ceci de manière clairement visible. Des dispositifs de lavage de main doivent impérativement être mis à disposition avec une sensibilisation pour le lavage des mains au savon ou équivalent.

Un plan de gestion des boues de vidange doit être prévu, aussi simple que l'infrastructure le permet :

- Soit la superstructure est mobile, alors un déplacement de la dalle de défécation et de la structure est effectué sur une nouvelle fosse. L'ancienne fosse est alors remblayée sur une épaisseur de 30 à 50cm après être recouvert suffisamment de la cendre ;
- Soit la superstructure est relativement lourde (cas de site à vocation durable), alors la fosse peut être vidangé par un comité formé et équipé. Les boues de vidange seront alors transféré vers un site d'enfouissement préalablement prévu).

La superstructure sera faite de bâches plastiques ou rachis renforcé par un cadre suffisamment résistant. Le déploiement doit être simple et rapide, et les matériaux potentiellement pré positionnable.

Cependant, il s'agit d'une solution d'urgence. Une fois le choc passé, il est important de mettre en place des solutions plus durables (banco, latrines familiales, etc.) et faire le relais par des programmes EHA régulier, selon les stratégies nationaux de développement. .

Dès la mise en service de la latrine, un kit minimum d'entretien/maintenance doit être remis au Comite de Gestion de Latrines, préalablement formé à son utilisation.

Kit minimum entretien → Comité de gestion					
#	Article	Qté/kit	UNITE	PU	PT
1	Pelle bêche	1	u	2500	2 500,00
2	Râteau	1	u	2500	2 500,00
3	Brosse à dents dures	2	u	2000	4 000,00
4	Gant en plastique	2	Paire	2500	5 000,00
5	Eau de javel (Bouteille de 1L)	10	Bouteille	2000	20 000,00
6	Seau 20l	2	u	2000	4 000,00
7	Cache nez (Paquet de 50)	1	u	5000	5 000,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: FCFA					43 000,00



Photo : exemple de bloc public de latrine d'urgence, IRC, juillet 2016

3.3 Solution d'urgence : Latrine familiale d'urgence

En situation d'urgence, où les besoins sont immédiats et de faibles envergures, le déploiement de latrines familiales sommaire peut représenter une solution adaptée.

Alors le ciblage doit se faire à l'échelle du ménage, soit à travers une couverture complète si la capacité le permet, sinon à travers des critères de vulnérabilité défini en focus group avec la communauté idéalement.

L'assistance consistera en la distribution de dalles de défécation Sanplat (produite sur place de type Sanplat ou pré-positionnées) au niveau ménage (une dalle pour 1 à 3 ménages maximum) et des séances de sensibilisation spécifiques. Des agents techniques doivent alors être formés

au niveau de la Communauté pour accompagner les ménages bénéficiaires dans l'excavation de la fosse (simple trou de 0.8 à 1m de diamètre et de 1 à 1.5m de profondeur). Le reste de la latrine étant laissé à la charge du ménage.

Une fois la fosse remplie, le ménage pourra creuser un nouveau trou pour y déplacer la dalle et la superstructure. La fréquence estimée est de 3 à 6 mois, selon le nombre d'usagers. Un kit de creusage (pelle + barre à mine + gant) sera laissé au niveau d'un comité de gestion et mis à disposition des ménages sur demande. Il est recommandé de réaliser un suivi suffisant pour accompagner les ménages lors du premier déplacement de dalle afin de s'assurer que le remblayage de la fosse est bien faite et qu'une nouvelle fosse est bien creusée. Un minimum de 30cm (idéalement 50cm) doit être prévu lors du remblayage de la fosse.

Le recours à cette stratégie d'implantation simplifiée doit s'appuyer sur une forte participation et une volonté communautaire. L'approche doit être fortement participative afin de promouvoir une créativité et une implication des populations bénéficiaires.

Un système de lavage des mains simple de type bouilloire ou Tippy-tap sera distribué en même temps que la dalle.

3.4 Solution semi-durable : Bloc de latrines publiques

Certains lieux, tels que les écoles et les centres de santé, des blocs de latrines publiques semi-durables peuvent être pertinents en situation d'urgence. Ils seront alors conçus avec des matériaux semi-durables pour un usage à plus long-terme (banco, ciment, etc.).

La construction de blocs de latrines publiques semi-durables suivra les modalités suivantes :

- construction avec la contribution communautaire ;
- respect des engagements pour la protection des filles et des femmes (blocs hommes séparés du bloc femmes, portes avec un verrou à l'intérieur, visuel distinguant les latrines femmes des latrines hommes, choix du site d'emplacement avec la population cible)
- installation de dispositifs de lavage de mains simples avec savon ;
- mise en place d'un système de nettoyage communautaire pour les latrines publiques.

Un poste de latrines publique semi durable femme est utilisé par 50 filles/femmes.

Un poste de latrines publique semi durable homme est utilisé par 50 garçons/hommes.

Les kits de maintenance pour les COGELA sont les mêmes que pour les blocs publiques de latrine d'urgence.

Un plan de gestion des boues de vidange doit être prévu et adapté au type de fosse. Les latrines semi-durables doivent être conçues de manière à permettre une vidange simple et hygiénique. S'agissant de latrine sèche (pas de système de chasse d'eau), la construction des parois de soutien dépendra du type de sol et du type de fosse (perdu ou étanche). Il est conseillé de construire des latrines avec doubles fosses pour garantir une durée de vie plus longue et de faciliter la vidange.

(A valider) Kit minimum entretien → Comité de gestion					
#	Article	Qté/kit	UNITE	PU	PT
1	Pelle bêche	1	u	2500	2 500,00
2	Râteau	1	u	2500	2 500,00
3	Brosse à dents dures	2	u	2000	4 000,00
4	Gant en plastique	2	Paire	2500	5 000,00
5	Eau de javel (Bouteil de 1L)	10	Bouteille	2000	20 000,00
6	Seau 20l	2	u	2000	4 000,00
7	Cache nez (Paquet de 50)	1	u	5000	5 000,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: FCFA					43 000,00



Photo : Bloc latrine semi-durable en banco, IRC, juin 2016

3.5 Solution semi-durable : Latrines familiales

Les latrines familiales sont les plus acceptées par la population locale. Cette approche doit être privilégiée dans les sites et villages où les populations sont relativement fixes ou dans le cas la situation d'urgence tend à durer dans le temps.

Les étapes préconisées pour l'implémentation des latrines familiales sont similaires à celles de l'ATPC en termes de mobilisation communautaire. Cependant, étant donné la situation d'urgence dans laquelle rentre ce document d'orientation, les latrines familiales proposées ici répondront à des modalités spécifiques :

- ciblage des ménages les plus vulnérables (critères développés avec la communauté);
- fourniture de l'outillage nécessaire à la construction des latrines familiales ;

- fourniture de plans types de latrines possibles, selon des techniques simples et connues ;
- possibilité de former des maçons locaux à la confection des latrines proposées ;
- fourniture d'une dalle de type Sanplat ;
- fourniture de matériaux (brique banco,...) provenant de production locale produite par la communauté ;
- mise en place d'une superstructure (matériaux locaux) par ou avec l'appui de la communautaire ;
- respect des engagements pour la protection des filles et des femmes.

Un poste de latrine familiale est utilisé par une famille. En zone d'accueil de populations déplacées une latrine familiale peut être utilisée par 2 ou plusieurs ménages vivant sur la même parcelle.

Au moment des sensibilisations, des kits de maintenance et kits d'hygiène standard sont distribués aux ménages.

Le recours à une stratégie d'implantation de latrines familiales doit s'appuyer sur une forte participation et une volonté communautaire (ATPC). L'implication du programme doit être limitée en termes d'apports de matériaux et de construction. L'approche doit être fortement participative afin de promouvoir une créativité et une implication des populations bénéficiaires.

Ces latrines sont donc adaptées aux sites et villages plus stables ayant une dynamique minimum (site favorable à l'ATPC). Un design traditionnel apparaît aussi comme une solution appropriée permettant de :

- Répondre de manière adaptée et ciblée à un besoin réel tout en intégrant les problématiques de protection ;
- ne pas décourager et respecter les ménages ayant déjà fourni un effort de construction ;
- ne pas générer de déséquilibres et disparités trop importants au sein de la communauté entre les ménages ciblés par le programme et le reste de la communauté disposant déjà d'infrastructures d'assainissement.
- soutenir la pérennité et la qualité des latrines familiales construites à travers des standards et la promotion de la créativité et l'implication des bénéficiaires ;
- possibilité d'ajouter une douche simple sous condition de designs simples.
- garantir à ce que la superstructure de la latrine ne soit pas vue comme ayant plus de valeur que l'habitat lui-même des populations (à fortiori les ménages n'ayant pas été ciblés pour cet appui).

L'approche ATPC « urgence » consiste donc à :

- Effectuer un ciblage des bénéficiaires en fonction des vulnérabilités identifiées mais de manière concertées avec la communauté pour une meilleure acceptation ;
- s'appuyer sur de fortes sensibilisations tout au long de l'intervention : promotion des règles d'hygiène expliquant l'utilité de la mise en place de ce type d'ouvrages, participation communautaire avec un suivi quotidien spécifique de cette activité.
- concevoir des latrines familiales simples à faible cout permettant leur reproductibilité dans la localité.

- encourager la participation de la communauté pour le choix des designs, le creusage, et la mise en place d'une superstructure ;
- mettre à disposition des kits outils prêtés afin que ces derniers puissent être utilisés après l'intervention par des ménages non ciblés.

Un système de lavage des mains simple est systématiquement mis en place pour chaque latrine construite. Son design est issu d'une consultation de la communauté et au choix de chaque ménage (bouilloire, tippy-tap).

Kit « optionnel » entretien > Comité de gestion					
Latrine familiale					
#	Article	Qté/kit	UNITE	PU	PT
1	Pelle bêche	1	u	2500	2 500,00
2	Balai traditionnel	1	u	1500	1 500,00
3	Brosse à dents dures	1	u	2000	2 000,00
4	Gant en plastique	1	Paire	2500	2 500,00
5	Eau de javel (1l)	5	Bouteille	2000	10 000,00
6	Seau 20l	1	u	2000	2 000,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: FCFA					20 500,00

3.6 Cas des latrines pour Handicaps

En cas de ciblage de personnes à mobilité réduite ou en situation de handicap, dont la nature de l'invalidité limite ou empêche l'accès aux services d'assainissement planifiés par le programme, une approche spécifique peut être déployé pour adapter le design des latrines à ces personnes. L'identification et le ciblage se fera, avec la communauté et sur la base des enquêtes menées. Les techniques mises en œuvre en cas de réponse d'urgence doivent être les plus simples possibles et répondre au type de handicap de la personne cible.

Les mesures de plus grandes ampleurs seront prises dans le cadre des activités post-urgence à travers un plan d'action spécifique inclusif.

L'accessibilité représente un facteur important et facile à mettre en œuvre, même en réponse d'urgence :

- Implantation de la latrine à proximité immédiate du foyer de la personne en situation de Handicap ;
- Agrandissement de la surface de la superstructure pour faciliter le mouvement ;
- S'assurer que la zone de défécation est facilement accessible : corde de guidage, sol nivelé.

La distribution individuelle d'assise aux personnes dans le besoin (motricité réduite, personnes âgées...) pour faciliter la défécation peut apporter également être prévu.

Exemples d'assises :



Le handicap se traite essentiellement à travers la sensibilisation auprès de l'ensemble de la communauté, pour informer sur les difficultés qu'une telle situation peut représenter au quotidien sur des pratiques de base, comme aller faire ces besoins.

3.7 Gestion des ordures en situation d'urgence : trous ou fosses

Les trous à ordures sont réalisés au cours de l'intervention suivant les modalités suivantes :

- Prêt des outils pour le creusement ;
- fourniture de la main d'œuvre par le programme avec la contribution de la communautaire ;
- Réalisation de trous à ordures simple, sans maçonnerie, mais en assurant un drainage de base pour éviter l'intrusion des eaux de ruissellement dans les trous/fosses à ordures ;
- Inclure une couverture en matériaux locaux simples (étanche si possible) pour éviter que les ordures soient emportées par le vent ou par des animaux.

Il doit répondre aux standards locaux de un trou pour 500 personnes.

Le trou à ordures peut être intégré dans le cadre des activités de promotion à l'hygiène qui inclut les thématiques de séparation de déchets, de recyclage et de collecte spéciale en autres.

4. PROMOTION DE L'HYGIENE

4.1 Dispositif de lavage des mains

Les dispositifs de lavage de mains accompagneront systématiquement la construction de tous types de latrines. Il s'agira toutefois d'ouvrages simples ayant un faible coût et pouvant être facilement utilisé. L'approvisionnement en eau doit être simple et être assuré de manière régulière. Sa conception privilégiera les pièces facilement remplaçables, une robustesse suffisante et un minimum de sécurisation contre les vandalismes et/ou vol. **La distribution de bouilloire peut être d'une solution si l'accès à l'eau au niveau des ménages est simple. Ces bouilloires, destinées à la pratique du lavage des mains présenterons idéalement une marque de distinction (coup de peinture par exemple). Plusieurs fiches techniques sont disponibles au niveau du Cluster.**

Exemple de dispositifs de lavage des mains (Tippy-Tap, récipient fermé + robinet et bouilloire) :



4.2 Sensibilisation et promotion de l'hygiène

Compte tenu de l'importance des activités de sensibilisation sur l'ensemble des interventions EHA. Les sensibilisations faciliteront la contribution des communautés dans le choix des activités et les processus de mise en œuvre des activités EHA.

Trois thématiques majeures de sensibilisations seront abordées tout au long des activités EHA en urgence :

- Promotion des bonnes pratiques d'hygiène de base (lavage des mains aux moments importantes, gestion appropriée des fèces des petits enfants, hygiène personnelle, hygiène des aliments et hygiène menstruelle) ;
- Stockage et transport de l'eau (chloration au point d'eau ou/et à domicile si l'intervention le prévoit, nettoyage des récipients de collecte et de stockage, qualités d'eau pour boisson/cuisson et lavage des vêtements et corporelle, etc.) ;
- Assainissement du milieu (maintenance et entretien des infrastructures d'assainissement dont les latrines, gestion des déchets, drainage de base des eaux usées, etc.).

En cas d'épidémie, des messages supplémentaires seront proposés sur les modes de transmissions et les pratiques de base pour se protéger des vecteurs de contamination.

Elles Cibleront prioritairement :

- L'ensemble de la population ciblée avec une attention particulière sur la formation des filles, des femmes et personnes à vulnérabilités à travers des focus group ;
- Les Relais Communautaires en collaboration avec les acteurs Santé ;
- Les Comités de gestion et de maintenance.

Différentes méthodologies de sensibilisation peuvent être employées lors d'une intervention EHA d'urgence :

- Des sensibilisations de masse (aux points d'eau, dans les écoles ou structures enfant/éducatives, dans les lieux publics, dans les lieux de culte, lors de distribution...).
- Des focus group (séparé par sexe, âge, statut, etc.) ou focus groupe mixte pour certaines thématiques générales pour assurer l'avis de tous notamment pour le design d'un point d'eau, la localisation des bornes fontaines, etc.
- La sensibilisation et la promotion à l'hygiène au niveau des ménages est possible (voir souhaitable) – par exemple pour un projet de latrines familiales ; mais il est clair que lors de la première phase d'intervention la promotion d'hygiène ménage sera probablement limitée (non prioritaire).
- La sensibilisation se fera au niveau des structures clefs telles que les centres de santé, les écoles et les Comités de gestion des infrastructures EHA.

Et différents médias et supports pourront être employés en fonction du contexte, du nombre et du type de population ciblé :

- Radio communautaires.
- Piécette de théâtre.
- Jeux de rôle.
- Chansons.
- Utilisation de boîtes à images.
- Dessins et jeux dans écoles et structures enfants/éducatives (intégration dans les activités des acteurs éducation/protection de l'enfant de préférence, avec appui EHA si et ou nécessaire).

Toutefois, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des activités EHA d'urgence, il a été porté une attention particulière aux activités de sensibilisation. En effet, si les ouvrages doivent être adaptés au contexte d'intervention, il en va de même pour les activités de sensibilisation. L'idée n'est plus donc, de fonctionner avec un 'Paquet sensibilisation' délivrant des messages identiques sous toutes les circonstances mais de les adapter aux réalités des communautés, au contexte (agglomération / milieu rural ou déplacement court terme / long terme...).

En effet, lors des évaluations initiales de diagnostics, les problématiques majeures auxquelles sont confrontées les populations et leurs priorités principales doivent être soulignées. Par exemple, les messages de sensibilisation données aux familles ne seront pas les mêmes suivant si la

problématique première de la communauté est l'accès à l'eau, l'utilisation d'une eau impropre à la consommation ou le faible niveau d'assainissement du milieu.

Il est donc primordial d'adapter les messages de sensibilisation par rapport aux problèmes observés, aux priorités identifiées et exprimées par les personnes dans le besoin, ainsi qu'aux capacités locales.

Pour améliorer les activités de 'sensibilisation', il est conseillé d'avoir les lignes budgétaires spécifiques comme :

- l'élaboration ou l'adaptation des d'outils (boite a image...) ou la meilleure diffusion d'outils déjà existants ;
- la formation des acteurs de sensibilisation pour mieux comprendre le contexte, adapter le message, améliorer les capacités de communication des agents sensibilisateurs etc.
- les intrants et outils nécessaire pour l'activité réelle sur terrain au niveau de masse, groupe ou ménage ;
- les enquêtes/questionnaires d'identification de besoin, de suivi et d'évaluation (CAP initial, CAP final de manière systématique pour tout projet comprenant la promotion/sensibilisation de l'hygiène). (Même si la statistique est importante, il faut rester réaliste et pragmatique et faire ce qui est raisonnable – dans tous les cas, avoir au moins quelques données mais bien faites et mieux de rien avoir – spécialement dans les premières phases d'urgence.).

Un questionnaire CAP EHA est proposé par le Cluster et est disponible sur demande. Une scorecard est également mise à disposition sous format Excel, adaptée aux questions CAP, délivrant une note sur 5 par indicateur clefs.

Attention bien considérer l'ensemble des distributions réalisés, certains équipements du Kit Hygiène ménage étant prévu dans d'autre kit (kit entretien latrine ménage, kit NFI) :

Kit Hygiène Minimum > Ménage					
Id	Article	Qté/kit	UNITE	PU	PT
1	Savon (pour 3 mois)	21	morceau de 200g	100	2 100,00
2	Balai	1	u	1500	1 500,00
2	Brosse, à dent dure	1	u	2000	2 000,00
3	Bouilloire	1	u de 2l	800	800,00
4	Jerrican 20l	2	u	2000	4 000,00
5	Gant plastique	1	u	2500	2 500,00
6	Javel	3	bouteille 1l	2000	6 000,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: FCFA					18 900,00

(A valider) Kit Dignité > Femme					
#	Article	Qté/kit	UNITE	PU	PT
1	Slip en coton	3	u	200	600,00
2	Pagne (1/4 de pagne entier)	4	morceaux	2000	8 000,00
3	Bouilloire de 2l	1	u de 2l	800	800,00
COUT TOTAL APPROX. KIT: F CFA					9 400,00

5. AUTRES ASPECTS TECHNIQUES

5.1 Suivi des comités gestion des infrastructures et ReCo

Après la constitution, la formation et l'équipement des comités EHA dans le cadre d'intervention rapide, un suivi est mis en place sur une durée minimum de 3 mois, ce qui permettra d'assurer la connaissance de base du rôle du comité, des ouvrages ainsi que l'impact des réalisations du programme auprès des communautés. Ce suivi sera également l'occasion d'identifier certaines lacunes pouvant mettre en péril la fonction même de ce Comité. L'acteur en charge de l'intervention sera donc responsable de combler cette lacune à travers des formations supplémentaires ou des équipements complémentaires.

La priorité sera donnée aux comités déjà existants dans les localités. Si ce n'est pas possible, les comités seront créés et il sera laissé aux structures standards de prendre les mesures.

5.2 Analyse et qualité de l'eau

L'analyse de la qualité de l'eau en urgence doit être simple, rapide mais suffisante.

En cas de test positif au H₂S, il est nécessaire de faire une contre-analyse microbiologique (E-Coli) pour confirmer la contamination fécale (ou non) et son niveau de contamination. Les analyses physico-chimiques selon la réglementation en vigueur doivent être également systématique avec l'appui de la DRHA (fer, calcium, Magnésium, arsenic, fluor, nitrates).

Cependant, si tous ces paramètres répondent aux normes réglementaires, une exposition à court-terme dans les taux habituellement rencontrés (dans le cas d'intervention d'urgence) n'a pas d'impact sur la santé et n'est donc pas une priorité en urgence.

La nécessité d'intervention EHA au niveau de la qualité d'eau est déclenchée par les effets de santé et maladies observées et identifiés liées à l'eau/assainissement (nombre de cas et fréquence de cas relative à une situation « normale »).

Néanmoins, il est clair que au moins l'analyse bactériologique de la qualité d'eau et le monitoring des niveaux de chlore libre/total font partie intégrante de toute intervention d'approvisionnement en eau potable quel que soit sa nature/type.

Post-intervention lors du monitoring :

Le monitoring qualité varie suivant que l'intervention est ciblée à l'eau durable ou l'eau d'urgence :

- % d'eau chlorée avec un résiduel du chlore libre à 0.5mg/L au niveau du ménage (eau Urgence) ; tolérable jusqu'à 1mg/L dans les réponses en cas d'épidémies.
- % d'eau non traitée (au point de puisage) sans contamination fécal (mesure E.Coli — Eau durable).
- Analyses de qualité bactériologique périodique systématique ou sporadique – de manière raisonnable, ciblée et adapté au projet dans le cadre du RRM, et de manière systématique, régulière et planifiée dans les programmes réguliers et projets humanitaires de moyen – long terme.