



# **Cadre Stratégique Opérationnel**

## **Mali**

### **Secteur Eau, Assainissement et Hygiène**

Par le Cluster WASH

Version 1

Date Juillet 2012

---

# SOMMAIRE

1. Introduction.....	3
1.1. Analyse du contexte Eau, Hygiène et Assainissement au Mali .....	3
1.2. Contexte du cluster WASH .....	4
2. Principes directeurs.....	6
3. Objectif général .....	8
4. Objectifs spécifiques .....	9
5. Résultats attendus.....	9
6. Priorités d'actions.....	10
7. Objectifs des secteurs .....	10
7.1. Approvisionnement en eau potable.....	10
7.2. Gestion des excréta .....	12
7.3. Promotion de l'hygiène/promotion de la santé.....	13
7.4. Lutte anti-vectorielle .....	15
8. Liste des partenaires clefs .....	15
9. Lien du cluster WASH avec les autres clusters.....	16
10. Questions transversales .....	16
11. Suivi et évaluation .....	16
12. Stratégie de sortie du cluster .....	17
13. Annexes .....	18

# 1. Introduction

## 1.1. Analyse du contexte Eau, Hygiène et Assainissement au Mali

### Contexte institutionnel :

Le contexte au Mali est marqué actuellement par plusieurs réformes qui se traduisent par :

- Le **désengagement de l'Etat** dans la fourniture des biens et services en vue de recentrer ses actions sur la promotion du secteur privé national, la législation, la réglementation, le contrôle et le suivi ;
- La **décentralisation** administrative par la responsabilisation des collectivités et structures décentralisées pour assurer la maîtrise d'ouvrage ;
- L'**harmonisation des lois et règlements** en vigueur avec les exigences du nouveau contexte ;
- La **participation des bénéficiaires** au financement des infrastructures en privilégiant l'approche par la demande et l'approche par programme ;
- Le développement d'actions visant la  **pérennisation des systèmes d'alimentation en eau potable**, impliquant le paiement du service de l'eau par les usagers, la concertation à tous les niveaux et l'implication effective des femmes dans les activités.

### **Cadre institutionnel :**

- Ministère de l'Énergie, de l'Eau et l'Environnement avec la Direction Nationale de l'Hydraulique (DNH), et la Direction Nationale de l'Assainissement et de Contrôle des Pollutions et nuisances (DNACPN),
- Ministère de la Santé avec la Direction Nationale de la Santé, Division Hygiène et Prévention Sanitaire (DNS/DHPS).

### **Politiques de référence :**

- Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté,
- Objectifs du Millénaire pour le Développement,
- Politique Nationale de Protection de l'Environnement,
- Plan National de Gestion Intégrée des Ressources en Eau,
- Plan National d'Accès à l'Eau Potable,
- Programme Sectoriel Eau et Assainissement.

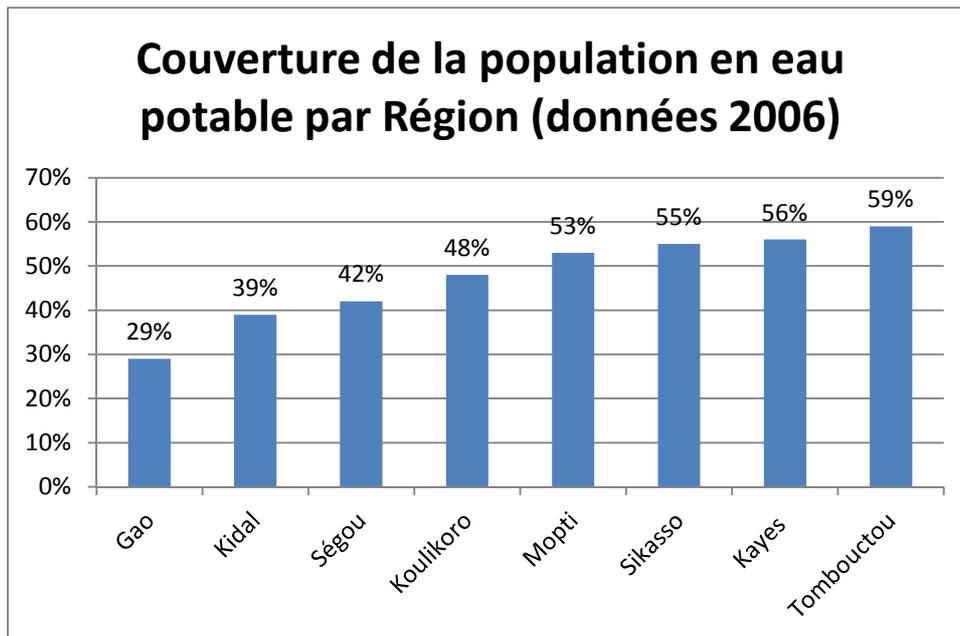
### Situation avant la crise :

Données générales <sup>1</sup>		
Population 2010	15 370 000	
Surface	1 242 000 km <sup>2</sup>	
Couverture Eau et assainissement <sup>2</sup>		
	Urbain	Rural
Accès à l'eau potable	87%	51%
Accès à l'assainissement	35%	14%
Santé <sup>3</sup>		
Prévalence des diarrhées chez les moins de 5 ans	Responsable d'1 décès sur 5 enfants de moins de 5ans	
Taux de mortalité des moins de 5 ans (2010)	178 pour 1000 naissances	
Taux de mortalité brute	15 pour 1000	

<sup>1</sup> Source CIA – the world factbook

<sup>2</sup> Source JMP 2010 (UNICEF/WHO)

<sup>3</sup> Source UNICEF 2009



Taux d'accès à l'eau potable par Région (source Banque Mondiale – 2008)

Le Mali est principalement caractérisé par le début du Sahara au Nord, la région du Sahel et un climat subtropicale dans le sud. Globalement la géomorphologie des sols se présente comme suit : sable du désert dans les plaines du nord, collines rocheuses dans le nord-est, et savanes dans le sud, avec une terre verte et des marais dans la partie centrale, au sud du fleuve Niger. Le fleuve Niger coule à travers le pays sur plus de 1 500 km et constitue la principale ressource en eau dans le pays. Le climat du pays est typique de celui de la région subtropicale, avec trois saisons principales: i) chaud et sec de Février à Juin, ii) humide avec une température douce de Juin à Novembre et iii) frais à sec à partir de Novembre à Février.

#### 1.2. Contexte du cluster WASH

Suite au coup d'Etat et au conflit, le fonctionnement des réseaux d'adduction d'eau des moyennes et grandes villes du nord est devenu erratique du fait du manque de carburant, de pièces de rechange et de ressources humaines pour opérer les installations. Une partie de la population a fui leur village ou ville pour se rassembler près des points d'eau existants (mares, fleuve ou puits traditionnels). L'eau du fleuve est d'ailleurs largement consommée non traitée par les populations, ce qui source de nombreuses maladies. En effet dans le district sanitaire de Diré (région de Tombouctou), les taux de diarrhées enregistrés ont doublé par rapport à d'autres districts, augmentation très probablement due à la forte proximité du fleuve et du nombre important de déplacés dans la zone.

La pression sur les puits traditionnels ne cesse de s'accroître suite aux mouvements de populations, à la présence du bétail des éleveurs, mais également aux pillages de certains points d'eau améliorés (forage avec panneaux solaires notamment) les rendant non fonctionnels. Les puits anciennement dédiés à l'abreuvement du bétail sont maintenant partagés avec les populations déplacées.



présence et que les partenaires doivent s'assurer de l'application et du respect des principes humanitaires comme condition sine qua none de toute intervention (cf le code de conduite pour l'opérationnalisation de l'Assistance Humanitaire<sup>4</sup>).

Les priorités actuelles sont:

a) **Mobilisation des partenaires au Nord et dans la région de Mopti** : en vue de mettre en place des activités de prévention du choléra et de réponse aux besoins des populations les plus vulnérables affectées par le conflit et la crise nutritionnelle,

b) **Mobilisation de financements** : Les partenaires du cluster WASH ont estimé en mai 2012 à 23,5 millions de dollars (USD) les besoins pour le Mali. En date du 31 juillet, seuls 21% du montant total a été reçu, rendant à ce jour, impossible le passage à l'échelle par les partenaires WASH en présence tout comme la mise en œuvre d'une réponse adaptée aux énormes besoins du Mali.

c) **Stratégie d'intervention dans le sud** : apporter une assistance ciblée aux personnes les plus vulnérables déplacées et familles d'accueil, mettre en place des activités de prévention choléra ciblées dans les zones à haut risque et engager les partenaires du cluster nutrition à intégrer les activités WASH au sein des interventions nutrition.

## 2. Principes directeurs

### Respect des principes humanitaires et de l'approche « ne pas nuire » lors de la définition, de la mise en œuvre et du suivi et évaluation des interventions

1. Les acteurs partenaires du cluster WASH connaissent et assurent le respect en tout et pour tout des principes humanitaires<sup>5</sup> dans leurs interventions et s'engagent à inclure une analyse de risques intégrant l'approche « ne pas nuire ». Le coordinateur du cluster arbitrera tout conflit suite au non-respect par un partenaire des principes humanitaires et du code de bonne conduite pour l'opérationnalisation de l'Assistance Humanitaire au Mali.

### Coordination du cluster WASH

2. Un Comité d'Orientation Stratégique a été formé dans le cadre de l'opérationnalisation du Cluster WASH. Par ailleurs, des sous-clusters régionaux, permettant la coordination et le partage d'informations entre les acteurs sur le terrain et la fluidité de la production d'informations peuvent être mis en place sur demande des partenaires.
3. Il est attendu des partenaires du Cluster WASH qu'ils respectent le cadre opérationnel décrit dans ce document et soient prêts à s'engager activement à participer aux réunions du Cluster et des groupes techniques pour assurer la coordination des intervenants, le partage des informations programmatiques et enfin pour contribuer à améliorer l'expertise technique.
4. Les partenaires du cluster WASH s'engagent à participer dans les discussions ouvertes du cluster pour une mise à jour du présent document avant d'entreprendre toute action qui serait différente de ces lignes directrices. En cas de non-respect des lignes directrices, les partenaires seront tenus de fournir des justifications claires aux autres membres du Cluster

---

<sup>4</sup> Téléchargeable en ligne: <http://mali.humanitarianresponse.info/node/324>

<sup>5</sup> Rappel du Code de conduite pour l'opérationnalisation de l'Assistance Humanitaire – Mali – Téléchargeable en ligne: <http://mali.humanitarianresponse.info/node/324>

WASH par le biais du Comité d'Orientation Stratégique tant qu'un plus large consensus ne s'est pas avéré possible.

5. Le cluster WASH travaille en étroite collaboration avec les Clusters Santé, Nutrition et Sécurité Alimentaire, Education et Protection notamment pour définir les zones d'évaluation et le cadre des interventions prioritaires à mettre en œuvre en synergie.
6. Toutes les communications émanant du Cluster doivent être en français dans la mesure du possible. Les présentations orales et les rapports d'évaluation des partenaires doivent être en français.
7. L'allocation des fonds ou de matériels communs (ex : « pooled funds », stock de contingence régionaux) disponibles pour les partenaires du cluster se fera en respectant la priorisation définie en fonction du degré de vulnérabilité des populations à assister, des zones prioritaires d'intervention et des capacités de mise en œuvre des partenaires.

#### Gestion de l'information WASH

8. L'équipe de coordination du cluster WASH s'engage à développer un système de gestion de l'information dynamique et réactif permettant une prise de décision rapide sur la base d'indicateurs relatifs au contexte, aux risques sanitaires, à la capacité des partenaires, au suivi de la couverture – failles et redondances.
9. Chaque partenaire s'engage à partager l'information, faire des rapports sur les activités et plans futurs, avec le Gestionnaire de l'Information du Cluster WASH sur une base régulière.

#### Standards WASH

10. Au minimum, chaque partenaire adhère dans sa mise en œuvre, aux standards définis par le Cluster. Là où l'adaptation aux réalités locales est nécessaire, ceci sera décidé par le Comité d'Orientation Stratégique.
11. En termes de qualité d'eau, les directives de l'OMS et autres guides techniques produits et/ou validés par le cluster WASH seront suivis.

#### Planification incluant la gestion de risques de désastres et de relèvement immédiat

12. Le travail de préparation aux urgences, avec l'élaboration de plans de contingence, permettra à la communauté humanitaire d'être réactive et d'améliorer l'efficacité de la réponse aux urgences complexes.
13. Le cluster WASH veillera à ce que les partenaires travaillent à chercher constamment la durabilité de leur intervention (dans la mesure du possible), à améliorer les capacités de résilience des communautés et à développer des stratégies de sortie de leur intervention.

#### Participation communautaire et équité

14. Inclure la bonne gouvernance, les droits humains, l'égalité des genres, l'âge, le handicap et environnementaux dans la planification du programme.
15. Inclure les bénéficiaires dans l'évaluation et la priorisation de leurs propres besoins, ainsi que dans la conception du programme.
16. Établir une procédure pour recueillir les plaintes qui corresponde aux préoccupations des parties concernées, particulièrement les bénéficiaires et les familles d'accueil.

17. Fournir, dans leur propre langue, à tous les bénéficiaires, des informations sur les activités du programme qui les touchent.
18. Consulter activement les femmes et les enfants ayant des besoins particuliers lors de la planification et le suivi des interventions ainsi que lors de la mise en œuvre de la conception des latrines, de la position assise, la sécurité nocturne, de la dignité et de l'équité dans la distribution de l'eau.

#### Coordination et renforcement de capacités

19. Les organisations, récemment arrivées, souhaitant développer un programme WASH, dans les communautés pour lesquelles d'autres ONG interviennent, devront avoir l'accord de ces dernières avant de commencer leurs activités. Le Coordinateur du Cluster arbitrera tout conflit.
20. Les ONG internationales travailleront en partenariat avec les ONG/acteurs locaux, notamment pour assurer la continuité, dans la mesure du possible, des programmes.
21. Un réseau de partenaires ayant accès aux régions du nord sera développé et renforcé et leurs membres formés aux principes humanitaires, à l'approche « ne pas nuire » et à des mesures de prévention clairement identifiées.
22. Les structures étatiques avec leurs départements techniques ainsi que les collectivités locales seront appuyées et impliquées dans la réponse.

#### Couverture WASH

23. Cibler une assistance sélective aux groupes et individus les plus vulnérables – critères à préciser pour chaque intervention.
24. Toute organisation mettant en œuvre des programmes WASH est tenue de maintenir et suivre ses activités par des visites terrain (là où cela est possible ou par des tiers dans le nord - voir paragraphe sur le suivi-évaluation) au moins chaque deux semaines, et d'en assurer la qualité (ex. s'assurer que les postes de lavage des mains aient de l'eau et du savon disponible, l'eau est chlorée à domicile suite à la distribution de kits).
25. Le cluster WASH veillera très attentivement à ce que les interventions des partenaires WASH soient coordonnées pour éviter les failles en termes de couverture mais également en termes de réponse programmatique (quantité et qualité d'eau, assainissement et promotion de l'hygiène).

### 3. Objectif général

Les partenaires du cluster WASH déclarent vouloir améliorer et maintenir la santé et la dignité des populations les plus vulnérables face aux crises actuelles qui touchent le Mali, en ciblant leurs efforts sur la mise en œuvre rapide et efficace de programmes d'eau en qualité et quantité suffisantes, d'assainissement, de promotion de l'hygiène et de lutte vectorielle.

## 4. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques fixés par les partenaires sont :

- Les besoins spécifiques des hommes, femmes, garçons et filles affectés par le conflit (populations déplacées, retournées, restées sur place et familles hôtes) sont couverts en matière d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène, selon les standards nationaux (voir annexe IA : Standard nationaux en matière d'eau, hygiène et assainissement).
- Les familles ayant au moins un enfant sévèrement malnutri bénéficient d'un accès à l'eau potable et à l'assainissement ainsi qu'aux mesures de promotion de l'hygiène dans le respect des standards internationaux minimum et en fonction de leurs besoins spécifiques (homme, femme, filles, garçons) au centre de récupération nutritionnelle et à domicile (voir annexe II : Schéma du cercle vicieux « malnutrition – diarrhée »).
- Des actions de prévention sont menées dans les zones à risque de choléra et une stratégie d'alerte précoce et de réponse rapide aux épidémies (choléra et paludisme) est opérationnelle au sein du cluster WASH<sup>6</sup>.

## 5. Résultats attendus

- Les hommes, femmes, filles, garçons vulnérables ont un accès sûr et équitable en termes d'eau et d'assainissement en fonction de leurs besoins spécifiques, et connaissent les principaux risques pour la santé publique.
- Les centres de santé et les hôpitaux fonctionnels, notamment ceux prenant en charge le traitement de la malnutrition, sont appuyés en termes d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.
- Les familles ayant au moins un enfant sévèrement malnutri bénéficient d'un soutien complémentaire aux soins nutritionnels en matière de potabilisation de l'eau à domicile, d'assainissement à domicile et de connaissances sur les mesures d'hygiène minimum, et bonnes pratiques de soins (allaitement exclusif, alimentation de complément, lavage des mains au savon).
- Les centres de prise en charge nutritionnelle ont un accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène.
- Un plan de contingence est élaboré permettant de mettre en œuvre le plan d'action de prévention et de riposte pour le choléra.

---

<sup>6</sup> Une note technique choléra, composante Eau, Hygiène et Assainissement a été validée par le cluster WASH Mali. Elle est téléchargeable au lien suivant : <http://mali.humanitarianresponse.info/fr/document/note-technique-chol%C3%A9ra-eau-assainissement-et-hygi%C3%A8ne>

Par ailleurs, la carte priorisant les zones à risque choléra est téléchargeable en cliquant sur le lien suivant : <http://mali.humanitarianresponse.info/fr/node/280>

## 6. Priorités d'actions

En 2012, les partenaires du Cluster EHA ont donc défini leurs priorités d'intervention comme étant:

- La sécurisation d'un accès à l'eau potable, en quantité et qualité suffisantes, pour les populations les plus vulnérables (déplacées, restées, retournées, familles hôtes) et selon les besoins spécifiques des hommes, femmes, filles, garçons:
  - Assurer le fonctionnement en continu des réseaux d'adduction dans les grands centres urbains au nord et les villes de la zone tampon en approvisionnant en pièces de rechange, produits de traitement et de potabilisation de l'eau si besoin.
  - Réhabilitation des points d'eau existants (puits, forages) et construction de nouveaux points d'eau – en prenant en compte, dans la définition des programmes, les besoins liés aux troupeaux d'éleveurs en coordination avec le Cluster Sécurité Alimentaire.
  - Approvisionnement par camion-citerne ou pinasse-citerne pour alimenter certaines zones inaccessibles en saison des pluies, et si aucune alternative n'est possible et qu'une stratégie de sortie est élaborée.
- En appui du Cluster Santé, l'amélioration des conditions sanitaires dans les institutions prioritaires fonctionnelles (hôpitaux, centres de santé).
- L'information, l'éducation et la communication sur les bonnes pratiques d'hygiène avec un accent particulier sur le lavage des mains aux moments critiques avec du savon ou produit alternatif, la lutte contre la défécation à l'air libre et la «chaîne de l'eau», la collecte à la source, le transport, le traitement de l'eau et la conservation à domicile
- La distribution de kits hygiène (savon, containers d'eau, produits/matériels permettant le traitement de l'eau à domicile) pour prévenir les maladies diarrhéiques – en particulier le choléra – et des kits de prévention malaria.
- L'aménagement d'infrastructures d'assainissement et de lavage de mains temporaires en respectant les besoins spécifiques des bénéficiaires en fonction de leur sexe et de leur âge (femmes/hommes/filles/garçons) dans les sites de rassemblement de déplacés.
- L'amélioration des capacités des infrastructures d'eau et d'assainissement dans les villages où le ratio populations déplacées et familles hôtes ne permet plus d'assurer les indicateurs minimaux (10-15 L/p/jour).
- La mise en place de mécanismes de surveillance communautaire, afin d'impliquer les communautés dans la réponse humanitaire et également dans le Système d'Alerte Précoce, notamment en cas d'épidémie de choléra.

## 7. Objectifs des secteurs

### 7.1. Approvisionnement en eau potable

#### **Orientation stratégique**

Fournir un accès équitable et sans risque à l'eau potable aux personnes vulnérables affectées par les crises, ainsi que dans les centres de santé et les écoles.

## Objectifs

1. Les personnes vulnérables affectées par les crises, avec un ciblage prioritaire sur les ménages déplacés, et leurs familles hôtes, les ménages ayant au moins un enfant malnutri aigu sévère et les ménages vivants dans des zones à fort risque de choléra et en fonction du niveau de vulnérabilité, ont un accès équitable et sécurisé à une eau potable selon les standards internationaux minimum et selon leurs besoins spécifiques (prise en compte du genre, de personnes handicapées, par exemple).
2. Les centres de santé, de prise en charge nutritionnelle et les écoles fonctionnelles ont un accès à l'eau potable selon les standards internationaux minimum.

## Indicateurs (voir annexe III : méthodologie de collecte et de suivi des indicateurs)

- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accès sûr et équitable dans le respect des standards nationaux.
- Nombre personnes affectées par les crises ayant reçu l'accès à l'eau chlorée (concentration en chlore résiduel supérieure ou égale à 0,5 mg/l) et en quantité suffisante (5L/p/jour et au moins 10L/p/jour dans les aires de santé affectées par le choléra).
- Nombre de centres de santé, URENI, URENAS et d'écoles fonctionnels ayant reçu l'accès à l'eau potable selon les standards SPHERE (voir annexe IB : Le projet SPHERE).

## Pratiques et principes opérationnels

1. Les personnes ciblées en priorité sont celles les plus gravement affectées par les crises et qui ont le moins de capacité à faire face : ménages déplacés, ménages hôtes, ménages avec au moins un enfant malnutri aigu sévère, ménages vivants dans une zone à risque de choléra, ménages gérés par une femme seule, personnes handicapées.
2. Le ciblage doit se faire sur une analyse fine des besoins et la priorisation des zones d'intervention est recommandée par une étude des risques sanitaires.
3. Toute intervention visant à améliorer l'accès à l'eau potable d'un groupe de personnes doit comporter en amont une réflexion visant à minimiser au maximum les risques sécuritaires (approche « ne pas nuire »).
4. La couverture des besoins minimaux pour un large nombre de personnes est préférée à la couverture totale des besoins pour un nombre restreint de personnes.
5. Les travaux de réhabilitation de points d'eau sont privilégiés à la construction de nouveaux points d'eau chaque fois que cela est possible.
6. Tous les travaux d'infrastructures doivent être accompagnés d'une formation appropriée, de fourniture équipements et d'outils pour la maintenance, d'un système de recouvrement de coûts partiels pour les réparations futures et la maintenance générale par le biais des Comités Eau et via la mobilisation des utilisateurs.
7. Les informations techniques concernant les activités sur des infrastructures hydrauliques (diagnostiques, réhabilitations, constructions) doivent être capitalisées et transmises aux services techniques adéquats (DRH et DNH). Dans le nord, les communautés participent à la réception des infrastructures construites et le cluster WASH transmettra les informations au service technique de la DNH.

8. La fourniture de système de traitement de l'eau à domicile doit être accompagnée d'activités IEC appropriées et proportionnées qui devraient inclure la distribution de brochures explicatives et des explications verbales.
9. Le choix du type de produits de traitement de l'eau à domicile fournis aux ménages bénéficiaires doit être orienté selon la qualité de l'eau brute : agent chlorateur si eau brute claire (type Aquatab), agent coagulant-floculant et chlorateur si eau brute turbide (type PUR). Une directive sur l'utilisation et le dosage des différents produits devra être établie entre le cluster WASH, la DNS/DHPS et le cluster Santé.
10. A la mise en service d'un point d'eau, à minima un test bactériologique doit être réalisé (mesure d'E. coli). En fonction du contexte et de l'accessibilité de la zone, des tests bactériologiques et chimiques complets sont recommandés pour certifier la qualité de l'eau distribuée. La qualité de l'eau à domicile est suivie à minima par la mesure du chlore résiduel libre.
11. En cas d'épidémie de choléra, les efforts prioritaires seront axés sur la fourniture d'une quantité d'eau suffisante de qualité.

## 7.2. Gestion des excréta

### **Orientation stratégique**

L'accès aux infrastructures d'assainissement adaptées en fonction des besoins spécifiques est amélioré, par ordre de priorité dans les contextes suivants :

1. Zones à forte concentration de population avec peu/pas d'assainissement existant, présentant donc un risque sanitaire avéré ;
2. Centres de santé et écoles ;
3. Dans les ménages hôtes accueillant des personnes déplacées ;
4. Dans les ménages ayant au moins un enfant malnutri aigüe sévère ;
5. Zones à forte concentration de population dans des zones inondables ;
6. Zones à fort risque de choléra.

Les actions prioritaires d'amélioration de l'assainissement doivent être ciblées sur les zones et/ou personnes affectées par les crises, et ne doivent pas répondre uniquement à une problématique d'ordre structurelle.

### **Objectifs**

1. Les personnes vulnérables affectées par les crises vivant dans un environnement présentant un risque sanitaire avéré ont accès à des infrastructures d'assainissement réhabilités/construites adaptées à leurs besoins spécifiques (prise en compte du genre et de la mobilité notamment).
2. Les centres de santé, de prise en charge nutritionnelle et les écoles disposent d'infrastructures d'assainissement selon les standards internationaux minimum.

### **Indicateurs (voir annexe III : méthodologie de collecte et de suivi des indicateurs)**

- Nombre de personnes affectées par le conflit et/ou la crise alimentaire et nutritionnelle, ayant reçu l'accès à une latrine améliorée ;
- Nombre de centres de santé, URENI, URENAS et écoles fonctionnels bénéficiant d'un accès à l'assainissement selon les standards SPHERE.

### **Pratiques et principes opérationnels**

1. Le ciblage des zones/ménages pour la conduite d'activités d'assainissement doit être basé sur une analyse de risques sanitaires.
2. Les zones d'intervention sont ciblées par ordre de priorité conformément aux orientations stratégiques.
3. Une approche visant une couverture totale de la zone ciblée est recommandée (but de zéro défécation à l'air libre).
4. Le choix de la technologie d'assainissement utilisée et de sa conception sera basé sur une étude à la fois des pratiques culturelles et de l'environnement.
5. Les technologies efficaces et à faible coût doivent être privilégiées.
6. Les technologies et matériaux respectant l'environnement doivent être privilégiés. Des alternatives à l'utilisation de briques en terre cuite, demandant beaucoup de bois pour leur construction, doivent être retenues dès que possible.
7. Les utilisateurs (en particulier les femmes) et les groupes vulnérables- personnes blessées, handicapées et les personnes âgées- sont consultés sur la position (assise) et la conception des latrines.
8. Le choix de la dalle doit être fait en considérant les pratiques et coutumes d'avant.
9. Les toilettes publiques doivent être séparées et signalées par genre.
10. Les latrines doivent être adaptées (rails, rampes, sièges) afin de permettre un accès sécurisé et assurant la confidentialité conformément à l'âge, au genre et au handicap.
11. Le stockage d'excréments, leur traitement et leur élimination doivent être situés, en aval et à 30 m, au moins, de n'importe quelle source d'eau souterraine et les fonds des fosses doivent être à au moins 1.5m au-dessus de la nappe phréatique.
12. Les toilettes sont conçues pour minimiser la reproduction de moustiques/mouches (couvercles / grilles de ventilation).
13. L'approche participative et l'implication des bénéficiaires dans tout projet d'amélioration de l'assainissement sont fortement souhaités pour une bonne appropriation des ouvrages.
14. La construction d'ouvrages d'assainissement public doit s'accompagner de la mise en place et formation/donation en équipements de structures de gestion.
15. La construction de latrine privée doit s'accompagner d'une formation à leur bon entretien et doit être complétée par des activités IEC liées à l'hygiène.

#### 7.3. Promotion de l'hygiène/promotion de la santé

### **Orientation stratégique**

Contribuer à la réduction des risques de maladies liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, en mettant en œuvre les activités appropriées devant mener à l'adoption de pratiques d'hygiène sûres, à grande échelle.

### **Objectif**

1. Les hommes, femmes et enfants vulnérables affectés par les crises adoptent des pratiques d'hygiène culturellement appropriées (prise en compte du genre et de la mobilité notamment) permettant de prévenir les maladies
2. Dans les centres de santé, de prise en charge nutritionnelle et les écoles, le personnel et les utilisateurs adoptent des pratiques d'hygiène appropriées réduisant les risques en termes de santé publique.

### **Indicateurs (voir annexe III : méthodologie de collecte et de suivi des indicateurs)**

- Nombre de personnes/relais communautaires/travailleurs de santé/enseignants/élèves directement formés ou sensibilisés aux risques sanitaires de santé publique liés à l'eau, l'assainissement et les mauvaises pratiques d'hygiène.
- Nombre de ménages ayant reçu un kit d'hygiène adapté aux besoins spécifiques des hommes et des femmes et sensibilisés à l'utilisation du matériel du kit et aux risques sanitaires.

### **Pratiques et principes opérationnels**

1. L'eau potable devrait être traitée de façon effective et appropriée (chlorée, filtrée ou bouillie) et stockée de manière sécurisée dans des récipients à bouche étroite ou avec couvercles.
2. Le savon devrait être distribué et régulièrement réapprovisionné dans les zones à haut risque de choléra et/ou pour les personnes affectées les plus vulnérables.
3. Promouvoir le lavage des mains avec du savon aux moments critiques, après la défécation, après avoir manipulé les selles des enfants, avant de manger et avant la préparation des repas.
4. Promotion de l'hygiène parmi la population affectée :
  - Communication de messages clés utilisant les méthodes appropriées (Groupe focal de discussion, théâtre, chanson etc.) et outils (matériel IEC) ;
  - Mobilisation pour la préparation à l'urgence ;
  - Sensibilisation sur la prévention du choléra ;
  - Formation des personnels dans les CSCOM/URENI, URENAS
5. S'assurer que les installations de lavage des mains contiennent de l'eau et du savon.
6. Assurer un bon drainage autour des infrastructures WASH.
7. Les efforts à la promotion de l'hygiène devraient utiliser des médias populaires et radios locales et s'inscrire dans un cadre multimédia plus large « connaissances, attitudes et pratiques » (CAP) et dans des programmes communautaires d'éducation de base.
8. Les activités de promotion de l'hygiène dans les écoles doivent être prises en compte dans les efforts plus larges d'éducation à l'hygiène.
9. Les kits d'hygiène doivent être constitués d'au moins :

Item	Description	Quantité
1	Savon	250g par personne et par mois pour le lavage et le bain
2	Aquatab ou Pur	Quantité suffisante pour garantir 10L par personne et par jour
3	Bidon 10 L	1

10. Les messages clés sur la promotion de l'hygiène devraient inclure au moins :

- Le lavage des mains au savon après la défécation, après avoir manipulé les excréments des bébés et des enfants, avant la préparation des aliments et avant de manger.
- Des informations sur le traitement de l'eau potable, au niveau des ménages sur la manipulation et stockage.
- L'utilisation et l'entretien hygiénique des latrines.
- Couvrir les aliments et l'importance de l'hygiène alimentaire.

#### 7.4. Lutte anti-vectorielle

##### **Orientation stratégique**

Contribuer à la réduction des risques de maladies vectorielles liées à l'eau et l'assainissement, en mettant en œuvre les activités appropriées devant mener à l'utilisation de matériels de protection anti-vectorielle.

##### **Objectif**

1. Les hommes, femmes et enfants vulnérables affectés par les crises obtiennent et utilisent des moustiquaires imprégnées leur permettant de se protéger contre le paludisme.

##### **Indicateurs (voir annexe III : méthodologie de collecte et de suivi des indicateurs)**

- Nombre de ménages les vulnérables et vivant dans les zones à haut risque de paludisme, ont été sensibilisés au paludisme et ont reçu au moins 2 moustiquaires.

##### **Pratiques et principes opérationnels**

1. Les zones d'intervention sont ciblées par ordre de priorité conformément aux orientations stratégiques.
2. Une approche visant une couverture totale de la zone ciblée est recommandée.
3. Le niveau de la sensibilisation sur la prévention du paludisme est élevé.
4. Les acteurs WASH sont priés de se rapprocher des acteurs de santé de leur zone d'intervention pour confirmer la morbidité due au paludisme dans ladite zone et la priorité d'une intervention.
5. Il est conseillé d'informer et vérifier auprès de la DRS concernée ou du cluster WASH, la pertinence de la zone ainsi que les interventions passées avant la distribution. Les acteurs de santé font également des distributions de moustiquaires, il est donc crucial que chaque acteur WASH soit proactif au niveau de la coordination locale de façon à ne pas faire doublon.

## 8. Liste des partenaires clefs

ACF, ACTED, ALIMA, ACTION MOPTI, AKF, CARE International, CN-CIEPA/EHA, Commission Européenne - DG Aide Humanitaire et Protection Civile (ECHO), Cellule de Planification Statistique/SEEUDE, Croix-Rouge Française, Croix-Rouge Malienne, DNH, DNACPN, DNS/DHPS, Direction Générale de la Protection Civile, Eau Vive, FAO, FONGIM, GWP West Africa, Handicap

International Mali, HELVETAS, IRC - International Rescue Committee, ISLAMIC RELIEF, KFW, LUX-DEVELOPMENT, Mercy Corps, OCHA, OIM, OMS, ONG JIGI, OXFAM, PAM, PIDRN PLAN MALI, PROTOS, Right To Play Mali, Save the Children, SAVE THE CHILDREN US, SNV MALI, SOLIDARITES INTERNATIONAL, UNESCO, HCR, UNICEF, USAID, WATERAID, World Vision

Cette liste est susceptible d'évoluer.

## 9. Lien du cluster WASH avec les autres clusters

- **Avec le Cluster Nutrition** : la coordination des partenaires EHA avec les partenaires nutrition devra être forte et dynamique. Les activités EHA viennent en appui de la réponse nutritionnelle en définissant un paquet minimum « EHA » fonctionnel pour tous, en ciblant:
  - Les URENI ou URENAS.
  - Le couple mère/accompagnant – enfant sévèrement malnutri à domicile.
- **Avec le Cluster Sécurité Alimentaire** : la coordination avec les acteurs de sécurité alimentaire visera à identifier les zones d'interventions prioritaires à appuyer en termes d'accès à l'eau pour l'agriculture et le bétail.
- **Avec le Cluster Santé** : l'étroite collaboration avec les acteurs santé est essentielle. Les partenaires EHA ont besoin de cibler leurs activités en fonction des données épidémiologiques. Les actions veilleront à:
  - Mettre en place un partage des données épidémiologiques et définir un seuil d'alerte pour les épidémies (choléra, paludisme, diarrhées aiguës).
  - Appuyer les activités médicales dans les centres de santé fonctionnels en assurant le paquet minimal « EHA ».
  - Mettre en place une force conjointe de type « Taskforce » (acteurs de santé, acteurs EHA) en cas d'épidémie de choléra ou de paludisme pour coordonner les activités des partenaires.

## 10. Questions transversales

L'intégration des questions transversales doit se faire tout au long du cycle de projet. Il est demandé aux partenaires du Cluster WASH d'inclure les questions transversales suivantes dans leurs projets – de la définition du projet à la mise en œuvre et au suivi et évaluation – :

- Genre et âge (voir annexe IV sur les engagements minimum en matière de genre) ;
- Protection (en cours de validation auprès du cluster protection) ;
- Invalidité (en cours de validation).

## 11. Suivi et évaluation

Les indicateurs de résultats du cluster WASH sont :

- Nombre de centres de récupération nutritionnelle équipés du paquet minimum WASH (eau potable avec chlore résiduel, lavage et désinfection des mains et des ustensiles de cuisine, toilettes hygiéniques et améliorées) ;
- Nombre de population affectée ayant accès au paquet minimum WASH (accès à l'eau potable en quantité suffisante, aux produits d'hygiène et sensibilisée aux messages clefs) ;
- Nombre de centres de santé disposant du paquet minimum WASH (eau potable avec chlore résiduel, lavage et désinfection des mains, toilettes hygiéniques et améliorées) ;

- Nombre d'écoles disposant du paquet minimum WASH (eau potable avec chlore résiduel, unité de lavage des mains en sortie des toilettes, disponibilité du savon pour le lavage des mains, toilettes hygiéniques et améliorées, sensibilisation aux messages clefs) ;
- Taux d'attaque<sup>7</sup> des maladies épidémiques type choléra et paludisme.

Une méthodologie commune a été réfléchiée afin d'optimiser le suivi et l'évaluation des programmes, notamment au nord, comme l'accès y est plus limité. La méthodologie proposée se base sur les expériences et leçons apprises notamment d'autres pays et urgences dans le cadre de la gestion à distance. La méthodologie de collecte et de suivi des indicateurs est détaillée en annexe III.

Deux fois par mois, il est demandé aux partenaires d'actualiser la base de données (matrice 3W en ligne Activity Info) du cluster WASH afin de suivre la réponse globale. Le cluster WASH préconise la mise en place d'équipe de suivi et évaluation, autonome par rapport aux équipes programmes.

Dans le nord, où l'accès est davantage restreint, le système de suivi et de contrôle des réalisations se fera par vérifications multiples. Il prévoit les éléments suivants :

- Le rapport de remise de l'ouvrage par l'entreprise après réalisation des travaux co-signé par un représentant de la communauté et un personnel de l'ONG responsable ;
- Connaître la satisfaction des communautés bénéficiaires ;
  - Mettre en place le cahier de doléances ou un numéro d'appel gratuit des communautés dans les zones d'intervention.
- La vérification au hasard des activités par un tiers indépendant (type bureau d'études) ;
- La visite rapide sur place par les partenaires lorsque les conditions d'accès le permettent ;
- Utilisations d'outils: GPS, photos, fiches de suivi de chantier (une liste type « checklist » contresigné par plusieurs personnalités de la communauté – chef de quartier – voir annexe).
- Le partage d'informations qui permettent aux ONG dans le Nord évoluant sur les mêmes zones d'intervention de récupérer des informations plus régulières sur leurs propres activités mais aussi celles des autres.

## 12. Stratégie de sortie du cluster

Les activités WASH de l'année 2012 interviendront dans le cadre de la réponse immédiate à l'urgence face aux crises et à la situation évolutive qui affectent la population du Mali. Cependant, une partie des activités à court terme permettront de nourrir et définir des plans à moyen terme comme suit :

- Analyse détaillée des besoins, approfondissement de la connaissance des zones d'intervention suite aux changements des derniers mois et analyse des lacunes dans la couverture et la réponse ;
- Evaluation des performances ;
- Renforcement des capacités des communautés, des services techniques de l'état en local, régional et au niveau national ;

---

<sup>7</sup> Le Taux d'attaque est le taux d'incidence cumulé, soit le nombre de cas sur la période épidémique divisé par le nombre de population à risque, et rapporté à 10 000 ou 100 000 habitants.

- Plan de réponses aux urgences et exercices basés sur les leçons apprises.

## 13. Annexes

### Annexe IA : Standards Nationaux en matière d'eau, hygiène et d'assainissement.

<b>Quantité minimum d'eau disponible</b>	
Ménages & camps de réfugiés	≥ 15 litres / jour / personne (boisson, cuisson, hygiène personnelle)
Bétail	≥ 20 litres / animal de grande taille / jour ≥ 5 litres / petit animal / jour

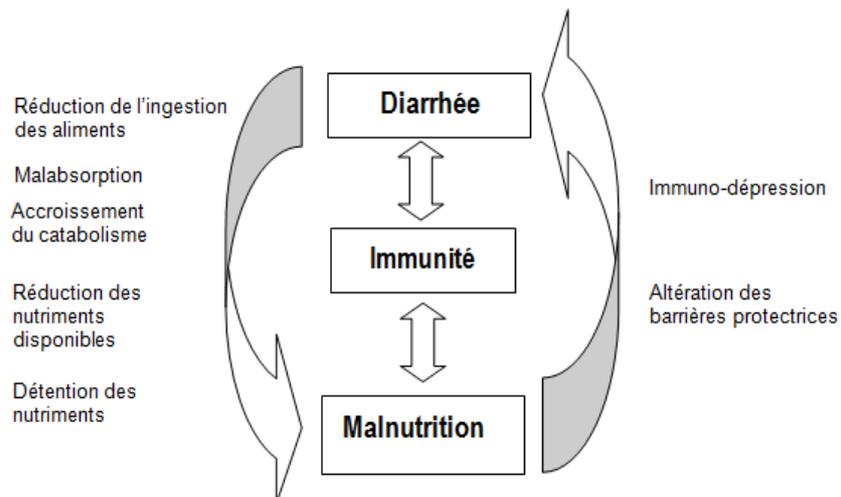
<b>Qualité de l'eau</b>		
Coliformes fécaux	0 unité / 100 ml	Normes OMS :
Chlore résiduel	0,5 – 1 mg / litre	
Turbidité	≤ 5 UTN	

<b>Nombre de points d'eau</b>	
Rural	1 puits ou forage pour 400 personnes
	1 robinet privé pour 10 personnes
Urbain	1 puits ou forage pour 200 personnes
	1 robinet privé pour 5 personnes

<b>Implantation</b>	≤ 500 m des habitations ≥ 30 m des latrines
---------------------	--

<b>Caractéristiques des latrines</b>	
Distance par rapport à la source d'eau souterraine	≥ 30 m
Distance par rapport aux habitations	≤ 50 m
Profondeur de la fosse	≥ 2 m Fond de la fosse à au moins 1,5 m au-dessus du niveau hydro-statique
Intimité	Séparation par sexe Crochet de fermeture à l'intérieur
Hygiène	Dalle lavable Lave-mains avec savon ( <i>à défaut : cendre</i> ) à proximité directe
<b>Nombre de latrines familiales</b>	≥ 1 pour 20 personnes

### Annexe II : Schéma du cercle vicieux 'malnutrition – diarrhée'



### Annexe III : Méthodes de collecte et de suivi des indicateurs WASH

Indicateurs d'activités	Qui	Quand	Comment	Fréquence	Capacités à mettre en place
Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accès sûr et équitable selon les standards nationaux.	équipe terrain – ONG	A la mise en fonctionnement de l'ouvrage ou de l'installation – après validation du contrôle qualité de l'eau (physico-chimique et bactériologique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître/estimer la population bénéficiaire du point d'eau (réhabilité, construit ou aménagé)</li> <li>• Evaluer la consommation au point d'eau par calcul (nombre de familles utilisant le point d'eau, nombre de container et volume moyen, nombre de collecte par jour/semaine).</li> <li>• Enregistrer sur 2 jours, le nombre de containers collectés pour la population ;</li> </ul>	Mensuellement pour ouvrage réhabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe de suivi des bénéficiaires au fil du programme pour visite régulière</li> <li>• Photo avant/après des ouvrages</li> <li>• Contact régulier avec le comité d'eau : évolution par sms/tel</li> </ul>
Nombre de personnes affectées par les crises ayant reçu l'accès à l'eau chlorée (concentration en chlore résiduel supérieure ou égale à 0,5 mg/l) et en quantité suffisante (5L/p/jour et au moins 10L/p/jour dans les aires de santé affectées par le choléra).	équipe terrain – ONG et Relais communautaire/ Comité d'eau/ chefs de villages	En suivi post à la distribution (2-6 semaines) ou postérieur à l'installation de l'unité de production de chlore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporter la quantité d'aquatab/pur distribué en volume d'eau traité par bénéficiaire et par jour.</li> <li>• Former le comité d'eau/relais communautaires à l'utilisation du « pool tester » et mise à disposition du matériel (pool tester et consommable, cahier d'enregistrement des résultats).</li> <li>• Organiser des enquêtes de suivi post distribution aléatoires et ponctuelles sur les zones d'intervention et tester le chlore résiduel à domicile.</li> </ul>	2 fois/mois pour approvisionnement temporaire (camion/pinasse citerne)  Au moins 2 enquêtes (si distribution pour 3 mois) : 2-4 semaines après la distribution puis 6-9 semaines. Relevé des résultats mesurés par les relais/comité d'eau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des relais</li> <li>• Mise à disposition de matériel type pool tester</li> </ul>

Nombre de centres de santé, URENI, URENAS et d'écoles fonctionnels ayant reçu l'accès à l'eau potable selon les standards SPHERE.	ONG – équipe terrain, DRS/médecins Chefs de zone, Ministère de l'éducation	A la mise en fonctionnement de l'ouvrage ou de l'installation – après validation du contrôle qualité de l'eau (physico-chimique et bactériologique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptabiliser le nombre de centres de santé /URENI/URENAS /écoles où l'approvisionnement en eau potable se fait par un système amélioré et respecte les normes SPHERE.</li> <li>Indiquer pour la structure la capacité d'accueil pour estimer les bénéficiaires.</li> </ul> <p><b>NB : Par exemple, si vous intervenez dans un URENI où vous ne faites que la réhabilitation/construction de latrines (l'eau étant ok) vous devez comptabiliser l'URENI comme ayant accès à l'eau potable.</b></p>	Mensuellement (vérification du fonctionnement et du traitement de l'eau)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une équipe de suivi des bénéficiaires au fil du programme pour visite régulière</li> <li>Photo avant/après des ouvrages</li> <li>Contact régulier avec le médecin chef (sms/tel)</li> <li>Mise à disposition de matériel de suivi de qualité d'eau type « pool tester ».</li> </ul>
Nombre de personnes affectées par le conflit et/ou la crise alimentaire et nutritionnelle, ayant reçu accès à une latrine améliorée ;	équipe terrain – ONG	A la remise en fonctionnement de l'ouvrage après les travaux de réhabilitation ou construction	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dénombrer le nombre de personnes bénéficiant des latrines réhabilités et/ou construites.</li> </ul>	Mensuellement (pour vérifier l'entretien et l'utilisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une équipe de suivi des bénéficiaires au fil du programme pour visite régulière</li> <li>Photo avant/après des ouvrages</li> </ul>
Nombre de centres de santé, URENI, URENAS et écoles fonctionnels ayant reçu l'accès à l'assainissement selon les standards SPHERE.	ONG – équipe terrain, DRS/médecins Chefs de zone, Ministère de l'éducation	A la remise en fonctionnement de l'ouvrage après les travaux de réhabilitation ou construction	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptabiliser le nombre de centres de santé /URENI/URENAS /écoles où les toilettes et/ou latrines sont en nombre suffisant par rapport à la capacité d'accueil de la structure et respectent les questions de genre et d'handicap.</li> <li>Indiquer pour la structure la capacité d'accueil pour estimer les</li> </ul>	Mensuellement (pour vérifier l'entretien et l'utilisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une équipe de suivi des bénéficiaires au fil du programme pour visite régulière</li> <li>Photo avant/après des ouvrages</li> <li>Contact régulier</li> </ul>

			bénéficiaires.		avec le médecin chef (sms/tel)
Nombre de ménages/relais communautaires/travailleurs de santé/enseignants/élèves directement formés ou sensibilisés aux risques sanitaires de santé publique liés à l'eau, l'assainissement et les mauvaises pratiques d'hygiène.	équipe terrain – ONG et Relais communautaire/ chefs de villages/ DRS/médecins Chefs de zone, Ministère de l'éducation	En fin de formation ou de sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptabiliser le nombre de personnes (populations – ménages affectés par la crise complexe, les relais communautaires formés, le personnel de santé, les enseignants et/ou élèves) sensibilisées directement par les promoteurs de l'hygiène via des visites à domicile, des séances de formation, des groupes de discussion, etc.</li> </ul> <p><b>NB : Ne pas compter les personnes sensibilisées par la communication de masse (radio, télévisuelle, mégaphone, etc.)</b></p>	Au fur et à mesure – idéale étant de rafraîchir fréquemment la formation et contrôler notamment pour les relais communautaire, Personnel de santé et enseignants avec des pré et post tests.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relevé des sessions de sensibilisation des équipes de formateurs/ promoteurs de l'hygiène</li> </ul>
Nombre de ménages ayant reçu un kit d'hygiène adapté aux besoins spécifiques et 1 séance d'IEC interpersonnelle.	équipe terrain – ONG et Relais communautaire/ chefs de villages/ DRS/ personnel URENI/URENAS/ personnel CTC/UTC	Après la distribution dans les URENI/URENAS, CTC/UTC ou dans les communautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptabiliser pour 1 kit &lt;=&gt; 1 ménage (soit 6 personnes).</li> <li>Assurez-vous que la sensibilisation ait lieu sur le site de distribution ou au moment de la distribution.</li> </ul> <p><b><u>NB : pour les produits de traitement de l'eau, il est impératif que le partenaire vérifie au préalable la source d'eau utilisée par la communauté et vérifie le traitement adéquat (dosage, typologie de produits PUR versus aquatab)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des enquêtes de suivi post distribution aléatoires et ponctuelles sur les zones d'intervention et tester le chlore</li> </ul>	Au moins 2 enquêtes (si distribution pour 3 mois) : 2-4 semaines après la distribution puis 6-9 semaines.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une équipe de suivi des bénéficiaires au fil du programme pour visite régulière</li> <li>Mettre à disposition de matériel type pool tester au Comité d'eau si pertinent</li> </ul>

			résiduel à domicile, et vérifier l'utilisation du matériels distribués.		
Nombre de ménages vivant dans les zones à haut risque de paludisme, ont été sensibilisés au paludisme et ont reçu au moins 2 moustiquaires imprégnés.	équipe terrain – ONG/ DRS personnel URENI/URENAS/ personnel CTC/UTC	Après la distribution dans les communautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comptabiliser pour 1 kit &lt;=&gt; 1 ménage (soit 6 personnes) pour au moins 2 moustiquaires.</li> <li>• Assurez-vous que la sensibilisation ait lieu sur le site de distribution ou au moment de la distribution.</li> <li>• Organiser des enquêtes de suivi post distribution aléatoires et ponctuelles sur les zones d'intervention et tester le chlore résiduel à domicile, et vérifier l'utilisation du matériels distribués.</li> </ul>	Au moins 1 enquête de post distribution pour confirmer la bonne utilisation des moustiquaires distribuées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe de suivi des bénéficiaires au fil du programme pour visite régulière</li> </ul>

## Annexe IV : ENGAGEMENTS POUR LA SECURITE ET LA DIGNITE DES FILLES, DES GARCONS ET DES FEMMES DANS L'EAU, L'HYGIENE ET L'ASSAINISSEMENT

Afin d'apporter une réponse de qualité aux besoins des filles, des garçons et des femmes en eau, hygiène et assainissement en situation d'urgence, l'UNICEF et ses partenaires s'engagent à:

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.

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

Répondre aux besoins spécifiques en **hygiène intime** des filles et des femmes menstruées par la construction de coins laverie et la mise à disposition de kits d'hygiène intime

**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 ainsi que les risques de violence. Veiller à ce que les équipes d'évaluation et de traduction comportent des femmes

