Cadre Stratégique Opérationnel

Cluster WASH

Photo

Version 1

Date Juillet 2012

**SOMMAIRE**

1. Introduction
	1. Analyse du contexte Eau, Hygiène et Assainissement au Mali

**Contexte institutionnel :**

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

* Le désengagement de l’Etat de la fourniture des biens et services pour 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 et 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.

Les cadres de références actuels contribuant à trouver des solutions durables aux problèmes d’approvisionnement en eau potable et d’assainissement des populations sont :

* Le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP),
* Les Objectifs du Millénaire pour le Développement du (OMD),
* La Politique National de Protection de l’Environnement (PNPE)
* Le Plan National de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PAGIRE),
* Le Plan National d’Accès à l’Eau Potable (PNAE),
* Le Programme Sectoriel Eau et Assainissement (PROSEA)

Tous les programmes et projets actuels d’alimentation en eau potable et assainissement s’inspirent de ce contexte.

Les deux ministères principaux sont le Ministère de l’Energie, de l’Eau et l’Environnement et le Ministère de la santé. Respectivement, ils exercent une tutelle statutaire et de principe par le biais de la Direction Nationale de l’Hydraulique (DNH) et la Direction Nationale de l’Assainissement et de Contrôle des Pollutions et nuisances (DNACPN), et la Direction Nationale de la Santé, Division Hygiène et Prévention Sanitaire (DNS/DHPS).

**Situation avant la crise :**

|  |
| --- |
| **Données générales** |
| Population 2010 | 15 370 000 |
| Surface | 1 242 000 km² |
| **Couverture Eau et assainissement**  |
|  | Urbain | Rural |
| Accès à l’eau potable  | 87% | 51% |
| Accès à l’assainissement | 35% | 14% |
| **Santé**  |
| 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 |

Le Mali est principalement caractérisé par le désert 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 principalement de savanes dans le sud, avec la 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 généralement typique de celle de la région subtropicale, avec trois saisons principales: i) chauds et secs de Février à Juin, ii) la saison des pluies, humides avec une température douce de Juin à Novembre et iii) frais et à sec à partir de Novembre to Février.

* 1. Contexte du cluster WASH

Suite au coup d'Etat et le conflit le fonctionnement des réseaux d’adduction d’eau dans des grandes villes au nord est devenu erratique à cause d’un manque de carburant, de pièces de rechange et de ressources humaines pour opérer les installations. De plus, certains déplacés ont fui leur villages/villes pour se rassembler près des points d’eau existants (mares, fleuves, puits traditionnels). L’eau du fleuve est largement consommée non traitée. Et la pression sur les puits traditionnels ne cesse de s’accroître suite à ces mouvements de populations constants, à la présence du bétail des éleveurs, mais également aux pillages de certains points d’eau améliorés (forage avec panneaux solaires notamment). Les puits anciennement dédiés à l’abreuvement du bétail sont maintenant également partagés avec les populations déplacées notamment sur les districts sanitaires de Diré et Goundam (région Tombouctou).

Dans les zones d’accueil des déplacés, la recrudescence des maladies liées à l’eau a été nettement observée par les acteurs médicaux présents, même si force est de constater que la surveillance épidémiologique ne fonctionne plus depuis plusieurs semaines. Selon les informations transmises par les acteurs de santé, le paludisme est devenu la deuxième cause de consultation, sur l’aire de santé de Tombouctou ville, alors que le pic est habituellement attendu pour juillet avec l’arrivée de la saison des pluies. Sur le district sanitaire de Diré (région de Tombouctou), les taux de diarrhées enregistrés ont doublé par rapport à d’autres districts très probablement dû à la forte proximité du fleuve et du nombre important de déplacés dans la zone.

**Réponse actuelle des acteurs du cluster WASH :**

Globalement, le niveau de la réponse WASH est très faible, aussi bien en termes de couverture que de réponses programmatiques. Les besoins WASH induits par la crise nutritionnelle et le conflit ne sont que très maigrement couverts.

****

Au cours des derniers mois, l'accès aux bénéficiaires dans le Nord semblait être très difficile ce qui a conduit la majorité des partenaires à arrêter toute activité. Actuellement, les ONG ont réalisé que l’accès au Nord n’est pas une contrainte majeure et sont en mesure de travailler, sachant qu’il doit être négocié au cas par cas avec les groupes armés en charge et en assurant également par chacun l’application et le respect des principes humanitaires comme condition sine qua none d’intervention.

Les priorités aujourd'hui sont: a) de mobiliser les acteurs WASH dans le Nord et Mopti, dans l'ordre de mettre en place des activités de prévention du choléra dans les zones hautement prioritaires tels que définis par le Cluster WASH et de mobiliser des ressources financières supplémentaires, b) d'engager d'autres partenaires (notamment le cluster nutrition) et les donateurs à engager et intégrer les activités de programme WASH au sein de leurs interventions sur la nutrition et c) d'améliorer la stratégie d’intervention dans le sud, pour apporter une assistance ciblée aux personnes les plus vulnérables de déplacées et familles d'accueil, et de mobiliser des fonds et des partenaires dans le nord afin d'amplifier la riposte WASH pour la population touchées par le conflit .

Enfin, le manque de financement est très important. Les partenaires du cluster WASH ont estimé en mai à 23,5 millions de dollars (USD) les besoins pour le Mali. Seuls 5% du montant total ont été reçus jusqu’alors, ce qui rend à ce jour, impossible le passage à l’échelle par les partenaires en présence et la mise en œuvre d’une réponse adaptée aux énormes besoins du Mali.

1. 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 dans leurs interventions et s’engagent à inclure une analyse de risques intégrant l’approche « ne pas nuire ».

Coordination du cluster WASH

1. 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 la partage d’informations entre les acteurs sur le terrain et la fluidité de la production d’information peuvent être mis en place sur demande des partenaires.
2. 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 contribuer à améliorer l’expertise technique.
3. Les partenaires du cluster WASH s’engagent à participer dans des discussions ouvertes du cluster pour une mise à jour de ce document avant d’entreprendre toute action qui serait différente de ces lignes directrices. En cas de non respect de ces lignes directrices, les partenaires seront tenues de fournir des justifications claires aux autres partenaires du Cluster WASH par le biais du Comité d’Orientation Stratégique quand un plus large consensus ne s’est pas avéré possible.
4. Le cluster WASH travaille en étroite collaboration avec les Clusters Santé, Nutrition et Sécurité Alimentaire notamment pour définir les zones d’évaluation et le cadre des interventions prioritaires à mettre en œuvre en synergie.
5. 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.
6. L’allocation des fonds ou de matériels commun (ex : « pooled funds », stock de contingence régionaux) disponibles pour les partenaires du cluster se fera en respectant la priorisation en fonction du degré de vulnérabilité des populations à assister, les zones prioritaires d’intervention et des capacités de mise en œuvre des partenaires.

Gestion de l’information WASH

1. 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, risques sanitaires, à la capacité des partenaires, suivi de la couverture – failles et redondances.
2. Chaque partenaire s’engage à partager l’information, faire des rapports sur les activités et plans futurs, avec le Gestionnaire de l’Information du WASH Cluster sur une base régulière.

Standards WASH

1. 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.
2. En termes de qualité d’eau, les directives de l’OMS et autres guides techniques produits et/ou validés par le cluster WASH seront suivies.

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

1. 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.
2. Le cluster WASH veillera à ce que les partenaires travaillent à chercher constamment à 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

1. Inclure la bonne gouvernance, les droits humains, l'égalité des genres, l’âge, le handicap et environnementaux dans la planification du programme.
2. Inclure les bénéficiaires dans l’évaluation et la priorisation de leurs propres besoins, ainsi que dans la conception du programme.
3. Établir une procédure pour recueillir les plaintes qui correspond aux préoccupations des parties concernées, particulièrement les bénéficiaires et les familles d'accueil.
4. Fournir, dans leur propre langue, à tous les bénéficiaires, des informations sur les activités du programme qui les touchent.
5. Consulter activement les femmes, les enfants et les groupes ayant des besoins particuliers (incluant les personnes vivant avec le VIH) 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

1. Les organisations, récemment arrivées, souhaitant développer un programme WASH, dans les communautés sur lesquelles d’autres ONG interviennent, devront avoir l’accord de ces dernières avant de commencer ses activités. Le Coordinateur du Cluster arbitrera tout conflit.
2. Les ONGs internationales travailleront en partenariat avec les ONGs/acteurs locaux, notamment pour assurer la continuité, dans la mesure du possible, des programmes.
3. Développer et renforcer un réseau de partenaires ayant accès aux régions du nord et les former aux principes humanitaires, à l’approche « ne pas nuire » et des mesures de prévention clairement identifiées.
4. Les structures étatiques avec leurs départements techniques ainsi que les collectivités locales seront appuyées et impliquées dans la réponse.

Couverture WASH

1. Cibler une assistance sélective aux groupes et individus les plus vulnérables.
2. Toute organisation mettant en œuvre des programmes WASH est tenue de maintenir et de suivre leurs 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).
3. Le cluster WASH veillera très attentivement à ce que les interventions des partenaires WASH soient coordonnées pour éviter les failles en termes de couvertures mais également en termes de réponse programmatique (quantité et qualité d’eau, assainissement et promotion de l’hygiène).
4. Objectif général

Les partenaires du cluster WASH déclarent vouloir améliorer et maintenir la santé et la dignité des populations les plus vulnérables 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 suffisante, d’assainissement, de promotion de l’hygiène et de lutte vectorielle.

1. 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 internationaux minimum.
* Les familles ayant au moins un enfant sévèrement malnutri bénéficient d’un accès à l’eau potable et l’assainissement et 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 nutrition et à domicile.
* 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.
1. Résultats attendus
* Les hommes, femmes, filles, garçons vulnérables ont un accès sûr et équitable en termes d’eau et d’assainissement en fonction de leur 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, l’assainissement à domicile et de connaissance sur les mesures d’hygiène minimum, et bonne pratiques de soin (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.
1. 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, des besoins liés aux troupeaux d’éleveurs en coordination avec le Cluster Sécurité Alimentaire.
	+ Approvisionnement par camion-citerne 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 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 population déplacée 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.
1. Objectifs des secteurs
	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 fonctionnels ont un accès à l’eau potable selon les standards internationaux minimum.

**Indicateurs**

* Nombre et % d’hommes, femmes, filles, garçons qui ont un accès sûr et équitable à au moins 5L/p/jour (pendant les 2 premiers mois) puis au moins 10 L/p/jour/
* Nombre et % d’hommes, femmes, filles, garçons qui consomment une eau ayant une concentration en chlore résiduel supérieure ou égale à 0,5 mg/l.
* Nombre et % de centres de santé et d’écoles fonctionnels ayant un accès à l’eau potable selon les standards SPHERE.

**Pratiques et principes opérationnels**

1. Les personnes ciblées en priorité sont celles le plus gravement affectées par les crises et qui ont le moins de capacité de faire face : ménages déplacés, ménages hôtes, ménages avec au moins un enfant malnutris aigue sévère, ménages vivant 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 de 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 Do no Harm).
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 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 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 (à préciser). En fonction de l’accessibilité de la zone, les services techniques participent à la réception des infrastructures construites.
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, a minima un test bactériologique doit être réalisé (mesure de 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 a 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.
	1. 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 aigue 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 habitant 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**

* Nombre et % de personnes bénéficiant d’infrastructures sanitaires à raison de 20pers/cabine séparée par sexe et en prenant en compte l’accessibilité pour les enfants, les besoins spécifiques des hommes et des femmes, avec un système de maintenance communautaire, dans les camps de regroupement.
* Nombre de personne par latrine en usage ;
* Nombre et % de centres de santé, de centres de prise en charge nutritionnelle et d’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 conforment 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 cout 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 gens âgés- 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, le genre et le handicap.
11. Le stockage d'excréments, leur traitement et leur élimination doivent être situé, 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 complété par des activités IEC liées à l’hygiène.
	1. 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 sures, à grande échelle.

**Objectif**

1. Les hommes, femmes et enfants vulnérables affectées par les crises adoptent des pratiques d’hygiène permettant de prévenir les maladies et culturellement appropriées (prise en compte du genre et de la mobilité notamment).
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**

* Nombre et % de ménages formés aux risques sanitaires de santé publique liés à l’eau, l’assainissement et les mauvaises pratiques d’hygiène.
* Nombre et % de ménages bénéficiant d’un kit d’hygiène adaptés aux besoins spécifiques des hommes et des femmes.
* Dans le cadre de la prévention choléra, nombre et % des ménages sensibilisées au risque choléra et mettant en application les messages de prévention[[1]](#footnote-1)

**Pratiques et principes opérationnels**

1. L’eau potable devrait être traitée de façon effective et appropriée (chlorée, filtrée ou bouillie) et stockée de manière sécuritaire 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 ;
* Sensibiliser sur la prévention du choléra ;
1. S’assurer que les installations de lavage des mains contiennent de l’eau et du savon.
2. Assurer un bon drainage autour des infrastructures WASH.
3. Les efforts à la promotion de l’hygiène devraient utiliser des médias populaires et radios locales et s’inscrire dans un cadre de multimédia plus large « connaissances, attitudes et pratiques » (CAP) et dans des programmes communautaires d’éducation de base.
4. 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.
5. Les kits d'hygiène doivent consister 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 |

1. 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.
	1. 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 affectées par les crises obtiennent et utilisent des moustiquaires imprégnées leur permettant de se prémunir contre le paludisme.

**Indicateurs**

* Nombre et % de personnes sensibilisées au paludisme.
* Nombre et % de ménages à risque recevant une moustiquaire pour la prévention paludisme.

**Pratiques et principes opérationnels**

1. Les zones d’intervention sont ciblées par ordre de priorité conforment 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 sur leur zone d’intervention pour confirmer la morbidité paludisme sur la zone et la priorité d’une intervention.
5. Il est conseillé d’informer et vérifier auprès de la DRS concernée ou du cluster WASH, avant la distribution sur la pertinence de la zone ainsi que les interventions passées. 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.
6. 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

1. Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats sont :

* Nombre de centres nutritionnels délivrant le paquet minimum WASH (eau potable avec chlore résiduel, lavage et désinfection des mains et des ustensiles de cuisine, toilettes hygiéniques et améliorées) ;
* Nombre de la 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 délivrant le paquet minimum WASH (eau potable avec chlore résiduel, lavage et désinfection des mains, toilettes hygiéniques et améliorées) ;
* Nombre d’écoles délivrant le 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) ;
* Le taux d’attaque des maladies épidémiques type choléra et paludisme est au plus similaire aux années précédentes.
1. 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 sont 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 où les 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 médicales. 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 package minimal « EHA ».
	+ Mise en place d’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.
1. Questions transversales

[A compléter] : checklist protection WASH, genre, handicap

1. Suivi et évaluation

[A compléter] :

■ Développer une méthodologie commune afin d’optimiser le suivi et évaluation des programmes, notamment au nord, avec un accès limité et en partageant les expériences et leçons apprises dans la gestion à distance.

■ Un système de suivi et de contrôle des réalisations effectuées dans le nord aussi bien qu’au sud, sera mis en place, en prenant en compte l’accès limité:

Contrôle à vérifications multiples:

* Entreprises après réalisation des travaux,
* Communauté locale: satisfaction des communautés,
* ONG locale/bureau d’étude,
* Visite rapide sur place pour les acteurs lorsque les conditions d’accès le permettent.
* Utilisations d’outils: GPS, photos, fiches de suivi de chantier (checklist contresigné par plusieurs personnalités de la communauté – chef de quartier).
1. Stratégie de sortie du cluster
2. Liste de définitions
3. Annexes
1. Une note technique pour le choléra a été validée et décrit la stratégie opérationnelle détaillée à mettre en œuvre. [↑](#footnote-ref-1)