
Note d'orientation des indicateurs EAH du formulaire unique ECHO

REMARQUE PRELIMINAIRE :

La plupart des orientations rapportées sont extraites des références suivantes :

The SPHERE Standards: <https://www.spherestandards.org/>

John Adams, Jamie Bartram, Yves Chartier, Jackie Sims, Water, Sanitation and Hygiene Standards for Schools in Low-cost Settings (2009): https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44159/9789241547796_eng.pdf

[JMP] Core questions and indicators for monitoring WASH in health care facilities in the Sustainable Development Goals (2018) <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275783/9789241514545-eng.pdf?sequence=1>

WHO, Guidelines for drinking-water quality, 4th edition, 2017: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254637/9789241549950-eng.pdf?sequence=1>.

WHO, Guideline for drinking water quality, small water supplies (2024): <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375822/9789240088740-eng.pdf?sequence=1>.

WHO, John Adams, Jamie Bartram, Yves Chartier, Essential environmental health standards in health care (2012): https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43767/9789241547239_eng.pdf?sequence=1

WHO, John Adams, Yves Chartier, Ben Harvey and Dominique Maison, Water, Sanitation and Hygiene (WASH) in healthcare facilities in emergencies (2011): https://unicefapronutritionwashtoolkit.com/wp-content/uploads/2017/09/wash_in_health_facilities_in_emergencies_who.pdf.

WHO, Adams J. Bartram J. Chartier Y. & Sims J., Water Sanitation & Hygiene standards for school in Low-cost settings (2009): https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44159/9789241547796_eng.pdf?sequence=1

WHO & UNEP Guidelines for the safe use of wastewater, excreta and Greywater, vol 1 Policy and regulatory aspects (2006): https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78265/9241546824_eng.pdf?sequence=1.

Handicap international, Accessibility for all in emergency context (2009). <https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2014/02/Guidelines-for-Accessibility-in-Emergencies-HI.pdf>.

UNICEF; Water, Sanitation and Hygiene (WASH) in Schools, A companion to the Child Friendly Schools Manual (2012): https://inee.org/sites/default/files/resources/CFS_WASH_E_web.pdf.

WASH Cluster, Sanitation Quality Standards for Emergencies (2021): <https://sanihub.info/wp-content/uploads/2022/11/FSM-TWiG-Sanitation-Quality-Standards-2021.pdf>.

UNICEF, Scaling up Group Handwashing in Schools, Compendium of group washing facilities across the globe (2016): http://www.fitforschool.international/wp-content/uploads/2016/09/ezdocs/qiz_unicef_Catalogue_WashingFacilities_FINAL_WEB_new.pdf.

WEDC, Peter Harvey, Sohrab Baghir & Bob Reed, Emergency Sanitation, Assessment and programme design (2002): https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/resources/books/Emergency_Sanitation_-_Complete.pdf

Approvisionnement en eau potable

1 Indicateur Obligatoire : Nombre de bénéficiaires ayant un accès suffisant et sûr à l'eau pour leurs besoins domestiques

↳ Définition :

Accès :

- 1) Distance maximale jusqu'au point d'eau : 500 m, temps d'attente inférieur à 30 minutes, temps de remplissage maximal : 3 minutes/20 litres ou selon les modalités convenues au niveau local.
- 2) Pendant toute la durée de l'action, dès que les services d'eau sont fournis.

Suffisante : 7,5-15 l/p/j ou selon l'accord local.

Sûr :

- 1) Point d'eau protégé et absence de coliformes fécaux détectables dans un échantillon de 100 ml.
- 2) 0,5 mg/l de chlore résiduel libre, turbidité inférieure à 5 NTU, pH inférieur à 7,5 mesurés au niveau du point d'utilisation pour toutes les eaux transportées (réseau, camion-citerne) et stockées.
- 3) L'exigence minimale en matière de chlore résiduel libre est portée à 1 mg/l pendant la saison propice aux épidémies de choléra dans les zones à risque (« hotspot ») ou pendant une épidémie.
- 4) Les paramètres physiques, chimiques et radiologiques de l'eau potable restent inférieurs aux normes de l'OMS ou aux normes locales.

Usage domestique : boisson, cuisine et hygiène personnelle (lavage du linge compris).

Dangers perçus en matière de sûreté et de sécurité : voir §1.5 (% de bénéficiaires satisfaits du service d'approvisionnement en eau).

Dangers signalés en matière de sûreté et de sécurité : Se référer aux orientations en matière d'Abris et d'Habitat.

↳ Sources de vérification

La division de la quantité d'eau livrée par la population desservie ne reflète pas les écarts de performance entre les différents points de collecte de l'eau.

Les discussions de groupes ne sont pas recommandées car elles ne donnent qu'une information secondaire et pas nécessairement informée des performances du service (contamination de l'eau, standards minimum attendus). Les entretiens avec les ménages doivent être complétés par des observations des infrastructures et équipements (état des récipients de stockage d'eau, volume stockable).

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Se référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

La fréquence d'échantillonnage pour la mesure de la qualité de l'eau est mensuelle au point de collecte pour les systèmes d'eau courante desservant moins de 5 000 personnes. Le tableau ci-dessous détaille la fréquence d'analyse requise en fonction de la couverture du réseau d'eau :

Fréquence minimale d'analyses d'eau pour les réseaux hydrauliques	
Populations servies (nombre de personnes)	Fréquence minimale d'analyse (nombre d'analyses par mois)
Moins de 5 000	1 analyse
5 000-100 000	1 analyse par tranche de 5 000 personnes desservies
Plus de 100 000	20 analyses et une analyse supplémentaire pour chaque tranche de 10,000 personnes au-delà de 100,000 personnes desservies

[OMS]

L'absence de contamination fécale (E. Coli) peut être confirmée par la mesure du chlore résiduel, de la turbidité et du pH.

Au niveau du point d'utilisation, la fréquence d'échantillonnage à des fins d'analyse bactériologique peut varier de deux fois par an à une fois par mois si les résultats révèlent une exposition avérée à la contamination bactériologique.

L'échantillonnage et l'analyse physique/chimique peuvent être mesurés une à deux fois par an. Pour les paramètres préoccupants (proches du seuil de l'OMS), une surveillance plus fréquente est nécessaire (mensuelle au début pour documenter l'évolution des paramètres proches des seuils de potabilité).

1.1 Indicateur Standard : Nombre de patients ayant un accès à suffisamment d'eau potable dans les structures de santé

↳ Définition

Quantités requises :

- ↳ En fonction des cas : 5 litres par patient en ambulatoire et 40-60 litres par patient hospitalisé par jour.
- ↳ Pour les cliniques mobiles : 1 -5l/patient/jour en fonction de la fréquence des visites au centre (plus la fréquence est faible, plus les besoins sont importants).
- ↳ Par maladie :
 - ↳ Choléra :
 - ↳ Centres de traitement :
 - ↳ 60 litres par patient et par jour.
 - ↳ 15 litres par soignant et par jour.
 - ↳ Points de réhydratation orale (PRO) : 10 litres par patient et par jour.
 - ↳ Centres de fièvre hémorragique virale : 300-400 litres par patient et par jour.

- ↪ Centres d'alimentation thérapeutique :
 - ↪ 30 litres par patient et par jour
 - ↪ 15 litres par soignant et par jour.
- ↪ Par intervention : 100 litres par intervention chirurgicale et accouchement.
- ↪ Par toilette : 20-40p/j/utilisateur pour les toilettes à chasse d'eau conventionnelles raccordées aux égouts, 3-5 l/j/utilisateur pour les toilettes à versement d'eau manuel, 1-2l/p/j pour le lavage anal.
- ↪ Des quantités supplémentaires peuvent être nécessaires pour les stations de lavage du linge.
- ↪ Les besoins du personnel de santé doivent également être pris en compte selon qu'il reste ou non dans la structure la nuit (respectivement 15l/j ou 5l/j).

Toute l'eau de consommation stockée dans un réservoir ou distribuée par réseau doit avoir une teneur en chlore résiduel libre d'au moins 0,5 mg/l, une turbidité inférieure à 5 NTU et un pH inférieur à 7,5, mesurés au niveau du point d'utilisation.

Les capacités de stockage doivent être adaptées en fonction de la fréquentation des structures de santé (moyenne, maximum, etc. ; nombre de patients ambulatoires et hospitalisés par jour) et du nombre prévu d'interventions chirurgicales ou obstétricales.

Dans le cas d'un réseau d'eau chaude, l'eau doit être maintenue à 50°C pour réduire la prolifération des bactéries (légielles ou pseudomonas).

L'exploitation et l'entretien du service de distribution d'eau doivent :

- ↪ Être effectuées par un technicien qualifié capable d'assurer les réparations de base (réparation des fuites, remplacement des canalisations), le traitement de l'eau et le contrôle de sa qualité (mesure de la turbidité, du pH et du chlore résiduel libre). La direction des structures de santé doit savoir qui contacter en cas de réparation ou de remplacement d'équipements importants.
- ↪ Le personnel médical ne doit avoir la charge de ces opérations.
- ↪ Les ressources dédiées (personnel, équipement et consommables) doivent être incluses dans les coûts de fonctionnement de la structure de santé.

↪ **Sources de vérification**

Toutes les structures de santé soutenues par l'action doivent faire l'objet d'un suivi. Un registre dédié aux mesures de la qualité de l'eau, aux interruptions de service, et aux interventions effectuées par le technicien doit servir de base à la documentation des performances de l'approvisionnement en eau. Il devra néanmoins être complété par des visites aléatoires (une fois par mois) visant à mesurer si la qualité et les quantités d'eau disponibles sont conformes aux normes attendues. Les mesures et observations doivent être complétées par des entretiens avec les utilisateurs (personnel médical et patients).

1.2 *Indicateur Standard : Nombre d'apprenants ayant un accès à suffisamment d'eau potable dans les structures éducatives*

↪ **Définition**

Quantités requises :

- ↪ École de jour : 3-5 l/j par apprenant et par personnel pour la boisson et le lavage des mains (utilisation des toilettes non comprise).
- ↪ Internats : 20 l/j par apprenant et par personnel de nuit pour la boisson et l'hygiène personnelle (utilisation des toilettes non comprise).
- ↪ Par toilette : 20-40p/j/utilisateur pour les toilettes conventionnelles avec chasse d'eau reliée à l'égout, 3-5 l/j/utilisateur pour les toilettes à versement d'eau manuelle, 1-2l/p/j pour le lavage à l'anal.

Toute l'eau de consommation stockée dans un réservoir ou distribuée par réseau doit avoir une teneur en chlore résiduel libre d'au moins 0,5 mg/l, une turbidité inférieure à 5 NTU et un pH inférieur à 7,5, mesurés au niveau du point d'utilisation.

Les capacités de stockage doivent être adaptées en fonction de la fréquentation des établissements éducatifs (nombre d'élèves et de membres du personnel de l'établissement).

Le fonctionnement et l'entretien du service d'approvisionnement en eau doivent :

- ↪ Être effectuées par un technicien qualifié capable d'assurer les réparations de base (réparation des fuites, remplacement des canalisations), le traitement de l'eau et le contrôle de sa qualité (mesure de la turbidité, du pH et du chlore résiduel libre). La direction des établissements éducatifs doit savoir qui contacter en cas de réparation ou de remplacement d'équipements importants.
- ↪ Ni le personnel de l'établissement ni les apprenants ne doivent avoir la charge de ces opérations.
- ↪ Les ressources dédiées (personnel, équipement et consommables) doivent être incluses dans les coûts de fonctionnement de l'établissement éducatif.

↳ Sources de vérification

Tous les établissements éducatifs soutenus par l'action doivent faire l'objet d'un suivi. Un registre dédié aux mesures de la qualité de l'eau, aux interruptions de service, et aux interventions effectuées par le technicien doit servir de base à la documentation des performances de l'approvisionnement en eau. Il devra néanmoins être complété par des visites aléatoires (une fois par mois) visant à mesurer si la qualité et les quantités d'eau disponibles sont conformes aux normes attendues. Les mesures et observations doivent être complétées par des entretiens avec les utilisateurs (personnel de l'établissement et apprenants).

1.3 Indicateur Standard : Nombre de bénéficiaires d'un service d'eau potable fiable

↳ Définition

En cas de défaillances des infrastructures, la continuité du service doit être assurée par :

Leurs conceptions :

- ↳ Des interconnexions entre les réseaux d'adduction et entre les réseaux de distribution d'eau permettant de suppléer aux sections défaillantes du réseau.
- ↳ Des installations de stockage d'eau d'une capacité de stockage cumulée équivalente à la demande journalière en eau de l'ensemble des populations et services publics dépendant de celles-ci.
- ↳ Une dérivation au pied des réservoirs de stockage d'eau afin de permettre leurs maintenances ou réparation.

Leur dimensionnement :

- ↳ Les équipements principaux (pompes submersibles, panneaux solaires, etc.) disposent d'une unité de remplacement ou peuvent être compensés par ceux en place (interopérabilité des équipements).
- ↳ Le stock tampon des pièces de rechange couvre les délais liés à leur réapprovisionnement.
- ↳ L'organisation en charge de l'exploitation et de la maintenance du service d'adduction d'eau dispose de techniciens sur place capables de réorienter la distribution d'eau et d'effectuer des réparations de base telles que le remplacement de pièces détachées, la réparation de tuyaux, la maçonnerie, le colmatage de réservoirs d'eau.

Les éventualités : Il existe une alternative qui garantit la pérennité du service en cas de panne majeure du service d'adduction d'eau habituellement exploité.

↳ Sources de vérification

Enregistrement systématique des délais d'interruption de l'approvisionnement en eau, comprenant la description de l'interruption, la réparation et/ou le remplacement effectués, son coût, le nom, localisation et les coordonnées des fournisseurs (équipements et pièces détachées), les registres des stocks d'équipements et de pièces détachées, avec indication des quantités tampons minimales requises, les schémas et caractéristiques du réseau de distribution d'eau (conduites et infrastructures)

1.4 Indicateur Standard : Nombre de bénéficiaires dont les ressources en eau sont suivies et leurs épuisements compensés

↳ Définition

Surveillance:

La fréquence de contrôle des niveaux d'eau de la ressources exploitées pour la fourniture d'eau potable est hebdomadaire à mensuelle. Elle peut être renforcées (hebdomadaire à quotidienne) selon que le niveau de l'eau de la ressource est plus ou moins proche de son niveau d'extraction (la position de la pompe).

- 1) Pour les eaux souterraines, ce seuil peut se situer à 10 m au-dessus de la position de la pompe dans le forage ou le puits.
- 2) Pour les eaux de surface, il peut se situer à 1,50m.

Ces valeurs peuvent être ajustées localement en fonction des caractéristiques hydrogéologiques ou hydrologiques des ressources en eau sollicitées.

Atténuation : Des ressources en eau alternatives sont identifiées, accessibles, disponibles et équipées pour suppléer aux besoins en eau tels que définis dans l'indicateur obligatoire (§1) en cas de défaillance de la ressource habituellement exploitée.

↳ Sources de vérification

Enregistrement systématique du niveau de toutes les ressources en eau au même endroit et au même moment de la journée. Le niveau des eaux souterraines ne doit pas être contrôlé dans les forages utilisés pour la production d'eau. Lorsque cela est impossible, les niveaux d'eau doivent être mesurés le matin avant l'extraction de l'eau. La fréquence de collecte des données dépend de la profondeur de l'aquifère (voir la définition de l'indicateur).

1.5 Indicateur Standard : % de bénéficiaires satisfaits de leurs services d'eau potable

↳ Définition

Six indicateurs doivent être suivis, et la valeur rapportée doit être la plus basse. Ces indicateurs sont le pourcentage d'utilisateurs

satisfaits de ce qui suit :

- 1) La disponibilité de l'eau (quantités)
- 2) L'accessibilité de l'eau (temps nécessaire pour y accéder).
- 3) La sécurité du service (accès & in situ).
- 4) La qualité de l'eau telle qu'elle est perçue (goût, odeur).
- 5) La capacité de stockage des ménages (volume).
- 6) Capacité de transport des ménages (taille, matériau et nombre des conteneurs).

Sources de vérification

Les entretiens avec les informateurs clés et les discussions de groupe peuvent remplacer les entretiens avec les ménages, pour recueillir la satisfaction des utilisateurs, à condition que ces groupes soit approuvé par ces derniers pour les représenter. Les mécanismes de réclamation peuvent également compléter la fiabilité des informations collectées.

Si une enquête ménagère est privilégiée, sa précision statistique devra être de 5 %.

Une précision statistique de 5% ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Veuillez vous référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

Assainissement

2 Indicateur Obligatoire : Nombre de personnes ayant accès à des installations d'évacuation des excréta fonctionnelles, dignes, sûres et propres

Définition

Accès :

- 1) Accès externe déverrouillé : Aucune serrure ne doit empêcher l'utilisateur d'accéder aux latrines (accès externe). Les serrures ou loquets doivent être systématiquement placées à l'intérieur pour garantir l'intimité (sécurité intérieure).
- 2) Ratio (utilisateur/installation) : 1 toilette pour un maximum de 20 personnes ou selon normes locales.
- 3) Distance : < 50 mètres des habitations ou selon ou selon normes locales.
- 4) Une rampe d'accès avec une pente $\leq 10\%$ et une largeur ≥ 90 cm pour les personnes handicapées.

Propreté : absence d'excréta et d'urine à l'intérieur et autour des cabines de toilettes.

Dignes :

- 1) L'usage des toilettes est conforme aux préférences culturelles et les structures réparties par ménage(s) et/ou séparées par genre.
- 2) Pour les latrines collectives, du matériel de promotion de l'hygiène peut être affiché sur la structure afin de renforcer le lien entre l'usage des toilettes et les bénéfices qui en découle en matière de santé publique.

Sûres :

- 1) Fosses stables (consolidées) sans risque d'effondrement, isolées de l'environnement.
- 2) Distance minimale de 30 m de toute source d'eau potable et base de la fosse située au moins 1,5 m au-dessus du sommet de l'aquifère tout au long de l'année.
- 3) Emplacement et conceptions des structures adaptés aux aléas climatiques et naturels affectant la zone d'intervention (inondation, tremblement de terre, vents violents).
- 4) L'emplacement et l'accès aux structures sanitaires n'induit pas une exposition à des risques d'agression de leurs usagers, en particulier la nuit.

Fonctionnelles :

- 1) Service : Conformes aux plans et matériaux initialement envisagés, en état de fonctionnement, avec une quantité d'eau suffisante à portée de main lors de son usage (1-2l/p/d pour le nettoyage anal, 20-40l/p/d pour les chasses d'eau conventionnelles reliées aux égouts, 3-5l/p/d pour les toilettes à versement d'eau manuelle).
- 2) Des installations pour le lavage des mains (eau et savon ou autres produits désinfectants tels que des solutions hydroalcooliques) doivent être installées à moins de 5 mètres des latrines. Elles doivent être équipées d'un système de drainage adéquat.
- 3) Hygiène menstruelle : Les installations dédiées aux les femmes et filles en âge de procréer doivent être installer, incluant un mécanisme d'élimination discret (récipient avec couvercle) et un système d'approvisionnement, de collecte et d'élimination des produits d'hygiène féminine.

- 4) D'autres équipements tels qu'un éclairage adéquat, l'accessibilité pour les personnes handicapées et le matériel de nettoyage anal doivent être inclus dans la conception de l'installation.
- 5) Le bénéfice attendu des structures d'élimination des excréta en matière de santé publique n'est garanti que si les pratiques de défécation à l'air libre ne représentent plus un risque de dissémination de maladies. Cela implique une couverture de 75 à 80% des besoins en matière d'évacuation des excréta. En situations d'urgence aiguë, la mise en place de latrines individuelles par les acteurs humanitaires est souvent rendue difficile compte tenu de l'urgence de la situation et de l'ampleur des besoins. Il est néanmoins possible d'y parvenir grâce aux options suivantes :

- ↳ Mise à disposition de latrines d'urgence collectives (dans les camps en particulier).
- ↳ Transfert conditionnel d'argent et accompagnement technique pour permettre aux populations ciblées de construire elles-mêmes leurs latrines (populations dispersées au sein de communautés)
- ↳ Inclusion de petites pelles dans les kits EAH (enfouissement des excréta par les populations elles-mêmes si des structures sanitaires ne peuvent être mises en place).

Si une couverture communautaire de 75 à 80 % n'est pas atteinte, son bénéfice en termes de santé publique n'est pas garanti et ne peut donc pas s'inscrire dans une logique d'assainissement. Elle peut néanmoins s'inscrire dans une logique de protection visant à améliorer le sentiment de sécurité des populations les plus vulnérables. Si tel est le cas, l'activité en question doit être présentée dans le cadre d'une intervention de protection. Le cas échéant, si la stratégie de relève du secteur Protection, sa mise en œuvre devra se conformer aux mêmes exigences techniques que si elle relevait du secteur EAH.

↳ Sources de vérification

La division du nombre de personnes desservies par le nombre de structure sanitaires ne reflète pas les écarts de performance entre ces différentes structures. Il est préférable de renseigner le nombre de personnes ayant accès à des latrines conformes aux standards mentionnés ci-dessus.

Pour les indicateurs structurels (distance, voies d'accès), toutes les infrastructures devraient être contrôlées au moins une fois au cours de l'action, tant que le contexte n'évolue pas (absence de nouvel afflux de personnes dans le besoin, aggravation de la situation en matière de sécurité, effondrement des services, etc.).

Pour toutes les questions liées à l'utilisation des services (nombre d'utilisateurs, propreté, serrures intérieures, éclairage, etc.), la fréquence de suivi est mensuelle. Elle peut être ajustée en fonction :

- ↳ Du nombre d'utilisateurs (plus le nombre est élevé, plus la fréquence est élevée).
- ↳ Des risques liés à la santé publique (les zones sujettes aux épidémies nécessitent une surveillance plus fréquente).

Les inspections doivent être complétées par des enquêtes sur la perception de la sécurité et de la fonctionnalité par les utilisateurs.

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Se référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

2.1 *Indicateur Standard : Nombre de patients ayant un accès à des installations d'évacuation des excréta fonctionnelles, dignes, sûres et propres*

↳ Définition

Accès :

- 1) Accès externe déverrouillé : Aucune serrure ne doit empêcher l'utilisateur d'accéder aux latrines (accès externe). Les serrures ou loquets doivent être systématiquement placées à l'intérieur pour garantir l'intimité (sécurité intérieure).
- 2) Ratio (utilisateur/installation) : 1 toilette pour un maximum de 20 patients en ambulatoires et pour chaque 10 lits. Des toilettes réservées au personnel médical. Le nombre de toilettes doit être fonction de la fréquentation de la structure médicale.
- 3) Distance : dans le périmètre de la structure médicale, avec des installations réservées aux services soumis à des protocoles spécifiques de prévention et de contrôle des infections, tels que les salles de traitement du choléra ou des fièvres hémorragiques.
- 4) Une rampe d'accès avec une pente $\leq 10\%$ et une largeur ≥ 90 cm pour les personnes handicapées.

Propreté : absence d'excréta et d'urine à l'intérieur et autour des cabines de toilettes.

Dignes :

- 1) L'usage des toilettes est conforme aux préférences culturelles et les structures réparties par service ; séparées par fonction (patient, personnel) et genre.
- 2) Pour les latrines collectives, du matériel de promotion de l'hygiène peut être affiché au niveau des toilettes ainsi qu'au sein des services de la structure médicale afin de renforcer le lien entre l'usage des toilettes et les bénéfices qui en découle en matière de santé publique.

Sûres et fonctionnelles :

- 1) Des toilettes spéciales adaptées aux enfants doivent être prévues dans les services de pédiatrie.

- 2) Les toilettes doivent être nettoyées au moins deux fois par jour avec de l'eau et du détergent, en utilisant des brosses et un désinfectant (0,2 % de chlore) pour éliminer les salissures. Dans des contextes spécifiques (choléra), une demi-tasse de solution de chlore actif à 2 % est utilisée pour désinfecter les excréments des patients.
- 3) Se référer à la définition de l'indicateur obligatoire de gestion des excréments au §2 pour plus d'informations.

↳ **Sources de vérification**

Toutes les structures sanitaires soutenues par l'action doivent faire l'objet de visites de suivi routinier (une fois par mois) complétées par des inspections aléatoires visant à mesurer l'accessibilité des locaux, la disponibilité de l'eau, du savon, des consommables pour l'hygiène féminine, la propreté des locaux, etc. La fréquence des contrôles doit être fonction des risques de santé publique propres à la zone couverte par la structure de santé (zones propices aux épidémies de choléra par exemple) et de leur fréquentation. Les inspections doivent être complétées par des entretiens portant sur la perception de la sûreté et de la fonctionnalité des installations par les utilisateurs (personnel médical et patients).

2.2 *Indicateur Standard : Nombre de patients bénéficiant d'une structure de santé dotée d'un système de gestion des eaux usées sûr*

↳ **Définition**

- 1) Le système de drainage et d'évacuation des eaux usées des structures de santé peut traiter et évacuer :
 - ↳ Hôpital de campagne : 55 litres/personne/jour.
 - ↳ Centre de traitement du choléra : 100 litres/personne/jour.
 - ↳ Centre d'alimentation : 25 litres/personne/jour.
 - ↳ Dispensaire : 100 litres/jour (total).
- 2) Tous les services consommant de l'eau (tels que les zones de baignade, les buanderies, les cuisines, les installations de lavage des mains) sont équipés d'un système d'évacuation des eaux usées approprié.
- 3) Les systèmes d'infiltration sont placés de manière à éviter la contamination des eaux souterraines (1,5 m au-dessus de la nappe phréatique tout au long de l'année et >30 m de toute source d'eau souterraine).
- 4) Les besoins en drainage incluent les eaux usées provenant des services, des toits et des ruissèlements.

↳ **Sources de vérification**

Toutes les structures sanitaires soutenues par l'action doivent faire l'objet de visites de suivi routinier (une fois par mois) complétées par des inspections aléatoires. La fréquence des contrôles doit être fonction des risques de santé publique propres à la zone couverte par la structure de santé (zones propices aux épidémies de choléra par exemple) et de leur fréquentation. Pendant la saison propice aux épidémies ou en cas d'épidémie réelle, la fréquence de la surveillance peut être hebdomadaire ou quotidienne, selon les normes locales.

2.3 *Indicateur Standard : Nombre d'apprenants ayant un accès à des installations d'évacuation des excréments fonctionnelles, dignes, sûres et propres*

2.4 *Définition*

Accès :

- 1) Accès externe déverrouillé : Aucune serrure ne doit empêcher l'utilisateur d'accéder aux latrines (accès externe). Les serrures ou loquets doivent être systématiquement placées à l'intérieur pour garantir l'intimité (sécurité intérieure).
- 2) Ratio (utilisateur/installation) : 1 toilette pour un maximum de 20 apprenants. Des toilettes réservées au personnel de l'établissement. Le nombre de toilettes doit être fonction de la fréquentation de l'établissement.
- 3) Distance : dans le périmètre de l'établissement éducatif, avec des installations réservées aux infirmeries et dortoirs (lorsqu'ils font parties de l'établissement).
- 4) Une rampe d'accès avec une pente $\leq 10\%$ et une largeur ≥ 90 cm pour les personnes handicapées.

Propreté : absence d'excréta et d'urine à l'intérieur et autour des cabines de toilettes.

Dignes :

- 1) Des toilettes séparatives en fonction du genre (pour les adultes et adolescent en particulier), de la fonction (personnel et apprenants) et de l'âge (structures adaptées pour les enfants)
- 2) Du matériel de promotion de l'hygiène associant les avantages de l'utilisation des latrines à la santé est affiché.
- 3) La promotion de l'hygiène est incluse dans les programmes d'enseignement.

Sûres et fonctionnelles :

- 1) Les toilettes et les dispositifs de lavage des mains sont adaptés à la taille des enfants.
- 2) Se référer à la définition de l'indicateur obligatoire de gestion des excréments au §2 pour plus d'informations.

↳ Sources de vérification

Tous les établissements éducatifs soutenus par l'action doivent faire l'objet de visites de suivi routinier (une fois par mois) complétées par des inspections aléatoires visant à mesurer l'accessibilité des locaux, la disponibilité de l'eau, du savon, des consommables pour l'hygiène féminine, la propreté des locaux, etc. La fréquence des contrôles doit être fonction de la fréquentation de l'établissement, dans les zones propices aux épidémies de choléra ou en cas d'épidémie dans les communautés fréquentant l'établissement. Les inspections doivent être complétées par des entretiens portant sur la perception de la sûreté et de la fonctionnalité des installations par les utilisateurs (personnel et apprenants).

2.5 Indicateur Standard : Nombre de bénéficiaires disposant d'un service fiable de gestion des excréta

↳ Définition

Gestion :

- 1) Le niveau des excréments reste à 1 m au-dessous du sommet de la fosse (ou comme convenu localement).
- 2) Les opérations de collecte des excréments (vidange de la fosse), de transport et de traitement ne contaminent pas l'environnement (absence de nuisances - odeurs, débordements -).
- 3) Le personnel chargé de la gestion des excréments est équipé d'équipements de protection individuelle (gants, lunettes, chaussures de sécurité, combinaisons, ou selon les normes locales) et vacciné contre les infections liées à l'exposition aux excréta (tétanos, polio, fièvre typhoïde, hépatite A et B, ou selon les normes locales).
- 4) Le stock tampon des consommables et outil de nettoyage couvre les délais liés à leur réapprovisionnement.

Fiabilité :

- 1) L'interruption du service liée à une défaillance de l'équipement de base (déversement d'excréta dans le milieu ambiant) est traitée dans les 24 heures suivant son apparition.
- 2) L'organisation en charge du fonctionnement et de l'entretien a accès aux filières d'approvisionnement en équipements et consommables ainsi qu'aux techniciens qualifiés dans les 24 heures ou dans un délai qui ne conduit pas les populations affectées à adopter des mécanismes d'adaptation négatifs en ce qui concerne l'élimination des excréments.

↳ Sources de vérification

Le niveau de remplissage des fosses de latrines est suivi trimestriellement de façon routinière et mensuellement lorsqu'elles sont sur le point d'être remplies. Les réparations et vidanges effectuées doivent être consignées dans des registres mentionnant le type d'intervention effectuée, les délais et ses coûts, le nom, la localisation et les coordonnées des fournisseurs (équipement et pièces détachées) les stocks en équipements et pièces détachées (avec les quantités tampons minimales requises), le type et l'emplacement des latrines (coordonnées GPS).

2.6 Indicateur Standard : Nombre de bénéficiaires utilisant des latrines respectueuses de l'environnement (contrôle de la contamination)

↳ Définition

Contrôlé :

- 1) L'étendue du panache de l'effluent dans le sol ne doit pas se situer à moins de 1,5 m de la limite de l'aquifère.
- 2) Les paramètres des boues fécales avant leur rejet doivent être les suivants : pH ≤ 9 , température $\leq 30^{\circ}\text{C}$, nitrates ≤ 50 mg/l, phosphates ≤ 15 mg/l, DBO ≤ 30 mg/l, DCO ≤ 125 mg/l, huiles et graisses ≤ 10 mg/l, coliformes totaux $\leq 1\ 000$ unités/100 ml, conductivité $\leq 1\ 000$ $\mu\text{S/cm}$, MES ≤ 100 mg/l, ou selon les normes locales.

Contamination

- 1) La contamination liées les boues de vidange est éliminée lorsque le panache de l'effluent se trouve à moins de 1,5 m de tout aquifère (ou selon normes locales).
- 2) Des sites alternatifs de gestion des boues de vidange d'une capacité de traitement similaire sont identifiés, accessibles et disponibles en cas de défaillance du site existant.

Recyclage :

- 1) Le traitement par stockage des excréta solides et des boues de vidange avant leur utilisation domestique ou municipale devrait être d'au moins d'une à deux année (selon que la température ambiante de stockage est $>20-35^{\circ}\text{C}$ ou de $2-20^{\circ}\text{C}$ respectivement) en veillant à ce que le pH soit supérieur à 9 pendant une durée d'au moins six mois.
- 2) La teneur en œufs d'helminthes dans les excréta traités et des eaux grises des boues de vidange ne doit pas dépasser 1g/l pour l'irrigation (restreinte ou non), tandis que le nombre d'unités d'E. Coli est :
 - ↳ $<10^3$ par gramme d'excreta et de boues fécales traités.
 - ↳ $<10^5$ par 100ml pour les eaux grises utilisées pour l'irrigation restreinte ($<10^3$ pour l'irrigation non restreinte).

↳ Sources de vérification

U suivi trimestriel de l'étendue et de la composition du panache de tous les effluents est recommandé comme base de départ pouvant être modifiée en fonction des risques de contamination éventuellement mis en évidence par les résultats des analyses. Des méthodes géophysiques et physico-chimiques peuvent être utilisées pour documenter l'étendue du panache autour des latrines. La surveillance du niveau des eaux souterraines, la géologie, l'emplacement des points d'eau potable, des latrines et de leurs caractéristiques (profil de forage, type de latrines), l'inspection du site et l'analyse bactériologique des points d'eau environnants peuvent être utilisés comme indicateurs lorsque des méthodes de mesure directe ne sont pas disponibles.

2.7 Indicateur Standard : % de bénéficiaires satisfaits du service d'élimination des excréta

↳ Définition

Quatre indicateurs doivent être suivis, et la valeur rapportée est celle de l'indicateur le plus bas. Ces indicateurs sont le pourcentage d'utilisateurs satisfaits de :

- 1) L'accès aux latrines (distance et disponibilité).
- 2) La sûreté du service (trajet et emplacement).
- 3) La conception des structures (robustesse, équipement).
- 4) La sécurité des latrines (serrures, éclairages).

↳ Sources de vérification

Les entretiens avec les informateurs clés et les discussions de groupe peuvent remplacer les entretiens avec les ménages, pour recueillir la satisfaction des utilisateurs, à condition que ces groupes soit approuvé par ces derniers pour les représenter.

Si une enquête ménagère est privilégiée, sa précision statistique devra être de 5 %.

Une précision statistique de 5% ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Veuillez vous référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

Hygiène

3 Indicateur Obligatoire : Nombre de personnes ayant un accès régulier, opportun et approprié au savon pour répondre à leurs besoins d'hygiène

↳ Définition

Les quantités distribuées doivent garantir l'accès à 250 g de savon/personne/mois pour l'hygiène personnelle et à 200 g de savon/personne/mois pendant toute la durée de la phase aiguë de la crise.

Une fourniture supplémentaire de savon doit être envisagée pour

- ↳ L'hygiène menstruelle (250g/femme/mois)
- ↳ L'incontinence (500g/p/m pour le bain et 500g/p/m pour la lessive).

Les pratiques locales doivent être privilégiées lorsqu'elles apportent le même bénéfice que le savon en termes de santé publique.

La distribution de savon doit être complétée par des séances de promotion de l'hygiène sur place portant sur les cinq moments clés du lavage des mains. Des brochures d'information et d'éducation devraient être également fournies lors des distributions de savon.

Lorsqu'il est possible, le transfert monétaire à usages multiples doit être utilisé. Néanmoins, l'apport en nature doit être privilégiée lorsque l'accès au savon est difficile, que ce soit en termes d'accès physique (destruction des routes), de sécurité ou de perturbation de la chaîne d'approvisionnement. Lorsque le transfert d'argent est envisagé, il doit être :

- ↳ Précédé d'une évaluation préliminaire des marchés en termes de capacité d'approvisionnement, de distance et de sécurité d'accès.
- ↳ Se terminer par un suivi post-distribution analysant la différence entre les dépenses en savon telles qu'envisagées et celles réellement faites, les quantités correspondantes et les besoins finalement couverts.

Les articles non essentiels tels que brosse à cheveux, le shampoing, le dentifrice, la brosse à dents ne sont pas essentiels à la survie des populations affectées. Leur fourniture ne peut être envisagée que si les besoins minimaux en termes de savon ou d'articles essentiels (voir §3.1) sont couverts.

↳ Sources de vérification

La présence de savon chez les populations ciblées devrait être contrôlée auprès des ménages lors d'enquêtes de suivi post-distribution à domicile avec une précision statistique de 5%.

Des entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe peuvent être envisagés s'il n'est pas possible d'accéder aux ménages des bénéficiaires. Ils ne doivent cependant pas être privilégiés, car ils peuvent ne pas garantir une évaluation fiable de la durée de l'aide fournie.

Un échantillon représentatif statistiquement exact de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Se référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

3.1 *Indicateur Standard : Nombre de patients ayant un accès régulier, opportun et approprié au savon pour répondre à leurs besoins d'hygiène dans les structures de santé*

↳ **Définition**

Le savon est le produit de consommation le plus fréquemment utilisé pour assurer l'hygiène personnelle dans les structures médicales. L'accès au savon inclut implicitement l'accès à l'eau. Il est également considéré ici comme un terme générique qui peut également inclure les gels hydroalcooliques, la solution chlorée à 0,05 % ou selon normes locales offrant le même avantage en termes de santé publique.

L'accès au savon et aux dispositifs de lavage des mains comprend :

- 1) Les besoins des patients en ambulatoire, des patients hospitalisés et du personnel des services de santé (salles de consultation, salles d'accouchement, salles d'opération, etc.) et des zones de service (cuisine, buanderie, douches, toilettes, stérilisation, laboratoire, aire de traitement des déchets et morgue).
- 2) Des dispositifs de lavage des mains situés à l'intérieur ou à côté des services (à moins de 5 mètres de distance).
- 3) Des dispositifs de lavage des mains adaptés aux personnes ayant des besoins spécifiques.
- 4) Au moins deux postes de lavage des mains par service de plus de 20 lits.

Fonctionnel sous-entend :

- 1) L'information des patients externes et internes sur les pratiques d'hygiène en vigueur dans l'établissement de santé dès leur arrivée (dans les 30 minutes suivantes celle-ci) : Tous les patients doivent être encouragés à se laver les mains avec de l'eau et du savon :
 - ↳ Directement avant de manipuler de la nourriture, de l'eau ou des médicaments.
 - ↳ Directement après avoir utilisé les toilettes.
 - ↳ Directement après avoir manipulé du matériel infectieux (par exemple, des vêtements ou de la literie souillés).
 - ↳ En entrant et en sortant des zones à haut risque telles que les zones d'isolement.

Les affiches et autres supports visuels contenant des conseils et des informations pratiques doivent être adaptés et utilisés pour promouvoir les mesures de prévention et de contrôle des infections auprès du personnel, des patients et des soignants.

- 2) Disponibilité permanente de
 - ↳ Savon, d'eau et d'un drainage adéquat au niveau du poste de lavage des mains
 - ↳ Gel hydroalcoolique ou d'eau chlorée stockés à l'ombre toute la journée.

A propos des douches et des stations de lavage du linge :

- 1) Le ratio de douches est d'une douche pour 40 utilisateurs (patients, personnel et soignants) pour les services d'hospitalisation. Pour les services ambulatoires, quatre douches peuvent être recommandées séparées par genre et fonction (personnel et patients ambulatoires). Toutes les douches doivent être correctement drainées.
- 2) Des installations de lavage du linge, avec du savon ou du détergent, de l'eau chaude (si nécessaire) et un désinfectant (comme une solution chlorée), sont disponibles pour les services d'hospitalisation. Les stations de lavage du linge :
 - ↳ Doivent être proches des utilisateurs pour faciliter le lavage du linge aussi souvent que nécessaire.
 - ↳ Offrir suffisamment d'intimité (séchage des sous-vêtements, du matériel d'hygiène menstruelle, etc.)
 - ↳ Doivent éliminer les eaux usées potentiellement infectieuses dans une fosse de trempage sûre qui ne contamine pas les eaux souterraines ou l'environnement public.
 - ↳ Doivent être exclusive pour les services de soins infectieux. Du matériel doit être fourni pour que la literie ou les vêtements et la literie souillés puissent être trempés dans une solution de chlore à 0,2% avant d'être rincés, lavés et séchés.

↳ **Sources de vérification**

Toutes les structures de santé soutenues par l'action doivent faire l'objet d'un suivi régulier (mensuel) afin de vérifier la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains (disponibilité du savon, de l'eau, drainage adéquat) ou d'autres dispositifs de désinfection (distributeurs d'eau chlorée ou de gel hydroalcoolique stockés à l'ombre). Ces visites régulières doivent être complétées par des inspections aléatoires du site et par des entretiens avec les utilisateurs (personnel médical et patients).

3.2 *Indicateur Standard : Nombre d'apprenants ayant un accès régulier et approprié au savon pour répondre à leurs besoins hygiéniques*

↳ **Définition**

Les techniques recommandées sont le lavage des mains avec du savon, mais des gels hydroalcooliques ou une solution chlorée à 0,05 % peuvent être envisagés comme solution temporaire.

Accès :

- 1) Les postes de lavage des mains sont généralement prévus pour dix enfants (le nombre dépend de la taille de l'école et de l'espace disponible).
- 2) Les postes de lavage des mains ne sont pas seulement situés à côté des toilettes, mais également à proximité des services nécessitant un lavage régulier des mains, tels que les zones de gestion des déchets ou les réfectoires.
- 3) Tous les dispositifs de lavage des mains sont situés à l'intérieur ou à côté des services afférents (à moins de 5 mètres de distance).
- 4) Les dispositifs de lavage des mains doivent être adaptés aux personnes à besoins spécifiques.

Fonctionnel sous-entend :

- 1) Tous les dispositifs de lavage des mains destinés aux enfants sont adaptés à leur taille.
- 2) Tous les dispositifs de lavage des mains utilisant de l'eau sont dotés d'un système d'évacuation.
- 3) Des panneaux présentant les cinq moments clés du lavage des mains au savon sont affichés dans les salles de classe et les latrines (ou selon ce qui a été convenu localement).
- 4) La sensibilisation à l'hygiène (lavage des mains au savon) est intégrée dans les programmes scolaires. Elle doit inclure une session de sensibilisation à la gestion de l'hygiène menstruelle pour les filles en âge de procréer.

Disponibilité permanente de l'un ou l'autre des éléments suivants

- ↳ Du savon, de l'eau et un drainage adéquat au niveau du poste de lavage des mains
- ↳ Gel hydroalcoolique ou eau chlorée stockée à l'ombre toute la journée.

↳ **Sources de vérification**

Tous les établissements éducatifs soutenus par l'action doivent faire l'objet d'un suivi régulier (mensuel) afin de vérifier la fonctionnalité des dispositifs de lavage des mains (disponibilité du savon, de l'eau, drainage adéquat) ou d'autres dispositifs de désinfection (distributeurs d'eau chlorée ou de gel hydroalcoolique stockés à l'ombre). Ces visites régulières doivent être complétées par des inspections aléatoires du site et par des entretiens avec les utilisateurs (personnel et apprenants).

3.3 *Indicateur Standard : Nombre de bénéficiaires ayant accès à une sensibilisation appropriée aux pratiques d'hygiène.*

↳ **Définition**

La sensibilisation se concentre sur les moments clés du lavage des mains : Après usage des toilettes, avant de manger, avant de cuisiner, avant d'allaiter et après avoir éliminé les selles du bébé.

Le suivi de la sensibilisation doit être complété par le suivi de :

- 1) La disponibilité du savon (§3) pour documenter la capacité des bénéficiaires à mettre en œuvre les recommandations en matière d'hygiène (Attitude).
- 2) La présence de savon dans les zones propices au lavage des mains (toilettes, salles à manger) comme indicateur pour évaluer la mise en pratique des recommandations en matière d'hygiène.

Les activités de promotion de l'hygiène doivent être :

- 1) Précédées d'une évaluation des connaissances des communautés ciblées afin de documenter le besoin de sensibilisation et d'affiner les méthodes de sensibilisation en fonction du contexte de l'intervention (crise aiguë, post-aiguë, prolongée), du calendrier de l'action et de sa durée.
- 2) Documentées en termes de canaux de communication, notamment :
 - ↳ Leur récurrence (nombre de fois où les personnes ciblées participent à une session de sensibilisation à l'hygiène).
 - ↳ Leur audience (nombre de personnes par session et nombre total de personnes touchées par canal de communication).
- 3) Suivi d'une analyse du canal de communication le plus efficace lorsque plusieurs canaux sont utilisés.

Accès :

- 1) Un promoteur de l'hygiène pour 500 personnes lorsqu'il s'agit de communautés ou de camps.
- 2) Les bénéficiaires reçoivent le message correspondant au moins une fois par trimestre ou selon les normes locales.

Des panneaux présentant les cinq moments clés du lavage des mains doivent être affichés dans tous les bâtiments publics (centres d'accueil, établissements d'enseignement, structures de santé, etc.) et sites (marchés, points de distribution de nourriture et d'articles de première nécessité) des camps ou des communautés ciblées. Les panneaux comportent des images et des messages en langue

locale, conformément à ce qui a été convenu localement.

↳ Sources de vérification

Enquête directe auprès des ménages avec un échantillon d'une précision statistique de 5 % deux fois par an (au début et à la fin de l'action) ou au cours des enquêtes de suivi post-distribution. Les discussions de groupe et les entretiens avec des informateurs clés doivent être évités autant que possible lorsque l'accès aux ménages n'est pas limité pour des raisons de sécurité ou des contraintes de temps.

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Veuillez vous référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

3.4 Indicateur Standard : Nombre de bénéficiaires ayant un accès continu et en temps voulu à des articles appropriés dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH)

↳ Définition

La rapidité de la fourniture de kits EAH en temps voulu implique que la réponse est :

- 1) Coordinée avec d'autres interventions EAH complétant la réponse (par exemple, l'approvisionnement en eau complétant la distribution de tablettes de traitement de l'eau pour les ménages).
- 2) Optimisée avec les réponses d'autres secteurs (distribution combinée de kits EAH et de kits d'abris, de nourriture ou d'argent par exemple).

La continuité implique une fourniture répétée de produits consommables si les quantités initialement fournies ne couvrent pas la durée de la crise aiguë à laquelle les bénéficiaires sont confrontés.

Accès :

1) Les quantités distribuées doivent être basées sur la composition des ménages (nombre de personnes âgées, de femmes -y compris les adolescents-, etc.) Si des kits avec des quantités prédéfinies sont distribués, le nombre de kits distribués par ménage doit tenir compte de sa composition afin d'assurer la couverture de ses besoins de base pendant la durée prévue.

2) Se référer à la définition du §3 pour les modalités de distribution (en nature, en espèces, sous forme de bons).

Approprié : En fonction des lacunes identifiées par sous-secteur, les éléments suivants devraient être privilégiés :

- 1) Approvisionnement en eau :

↳ Stockage & transport :

- ↳ Il convient de faire la distinction entre les dispositifs de transport (type jerrycan) et les dispositifs de stockage (seau avec robinets et couvercles).
- ↳ Le volume des récipients doit permettre de couvrir les besoins en eau d'une journée (24 heures) afin de faire face à toute interruption de service et de limiter les corvées d'eau.
- ↳ Ils doivent être durables, fabriqués dans un matériau résistant aux UV et susceptibles d'être recyclés/réutilisables (article unicolore en polypropylène de qualité alimentaire ou autre matériau plastique recyclable).

↳ Traitement de l'eau à domicile

↳ Le type de traitement de l'eau domestique fourni doit être cohérent avec la turbidité de l'eau collectée :

- ↳ 5 NTU ou moins, les pastilles de chloration (type NaDCC) sont à privilégier.
- ↳ Supérieure à 5 NTU, la floculation + chloration en pastilles est nécessaire. Si c'est le cas, le kit EAH doit comprendre un récipient d'eau supplémentaire et un chiffon de coton de 60*70 cm² (fil de 210g/m²).
- ↳ L'utilisation d'un filtre à eau commercial n'est pas recommandée, sauf si :
 - ↳ Son utilisation était déjà répandue parmi les bénéficiaires avant l'intervention.
 - ↳ Le réseau de ses pièces détachées est accessible et abordable pour les bénéficiaires.
 - ↳ Il présente une valeur ajoutée évidente en termes de rentabilité, de fonctionnement et d'entretien et de polyvalence par rapport à la fourniture de comprimés de désinfection de l'eau.
 - ↳ Il implique une utilisation limitée de matériaux plastiques susceptibles de générer des déchets non recyclables (soit en raison du matériau lui-même, soit en l'absence de filière locale de recyclage).

- 2) Assainissement :

- ↳ Pelle à plante de jardinier pour enterrer les excréments (voir définition §2).
- ↳ Poubelle avec couvercle pour les déchets solides d'un volume ≥ 30-40l (ou selon normes locales) si cela n'a pas été fourni dans le cadre d'autres interventions.

- 3) Hygiène :

↳ Savon : Se référer à la norme obligatoire §3.

- 4) La gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence ne sont pas spécifiques au secteur EAH. Elles sont intersectorielles par nature et devraient être intégrées dans toute activité de distribution incluant les femmes et les filles ou des personnes âgées : Outre le savon (voir la norme obligatoire §3), ils devraient inclure :

- ↪ Gestion de l'hygiène menstruelle :
 - ↪ Des toiles en coton absorbant (4m²/an).
 - ↪ Des serviettes hygiéniques jetables (15 unités/mois).
 - ↪ Des serviettes hygiéniques réutilisables (6 unités/an).
- ↪ Incontinence :
 - ↪ Un récipient dédié avec couvercle.
 - ↪ Une corde et des pinces à linge.
 - ↪ Soit :
 - ↪ Des toiles en coton doux et absorbant (8m²/an).
 - ↪ Des serviettes d'incontinence jetables (150 unités/mois).
 - ↪ Des sous-vêtements d'incontinence réutilisables (12 unités/an).
- ↪ Des Sous-vêtements (12 unités/an).
- ↪ 2 protège-matelas lavables et étanches.
- ↪ Un Récipient d'eau supplémentaires.
- ↪ 3 litres d'eau de Javel domestique non diluée (3-6% de chlore) /an ou un produit de nettoyage désinfectant similaire.
- ↪ 1 urinoir portatif (hommes et femmes).
- ↪ 1 chaise d'aisance (le cas échéant).

Les articles tiennent compte des attentes locales conformes aux recommandations de santé publique et de leurs rapports coût/efficacité (durée de vie du kit, nombre de bénéficiaires). La fourniture d'articles non essentiels tels que brosse à cheveux, shampoing, dentifrice, brosse à dents, peigne, peut être envisagée à condition que les articles mentionnés ci-dessus soient fournis dans les quantités recommandées.

↪ **Sources de vérification**

Veuillez vous référer au §3 des présentes notes d'orientations.

3.5 *Indicateur Standard : % de bénéficiaires satisfaits du service de promotion de l'hygiène*

↪ **Définition**

Cinq indicateurs doivent être suivis et la valeur du plus faible d'entre eux et celle rapportée. Ces indicateurs sont le pourcentage d'utilisateurs satisfaits de :

- 1) La fréquence des séances de sensibilisation de l'hygiène.
- 2) Leur accessibilité des séances (éloignement des sessions du domicile, nombre de participants aux sessions).
- 3) La sécurité des sessions (exposition sur le trajet et pendant les sessions, comportements des sensibilisateurs).
- 4) Outils et méthodologies utilisés (en groupe, par ménage, etc.).
- 5) Contenu des sessions (pertinence et langage utilisé).

↪ **Sources de vérification**

La satisfaction du service par les utilisateurs peut être mesurées deux fois par an (au début et à la fin de l'action) ou lors d'enquêtes post-distribution, soit par le biais d'entretiens avec les ménages (avec une précision statistique de 5 %), soit par le biais d'entretiens avec des informateurs clés et de discussions de groupe, à condition que leur représentativité soit validée par les récipiendaires des sessions de sensibilisation à l'hygiène.

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Veuillez vous référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

Déchets et environnement

4 Indicateur Obligatoire : Nombre de bénéficiaires vivant dans des campements dotés d'un système de gestion des déchets solides accessible, sûr et fonctionnel

↪ **Définition**

Accessible :

- 1) La fosse doit être clôturée.
- 2) La distance par au domicile doit être de 15 à 30 m pour les fosses domestiques et de 100 à 150 m pour les fosses publiques.
- 3) Sur les marchés, il y a une poubelle de 100 litres pour chaque 20 étals.

- 4) Dans les centres d'alimentation, il y a une poubelle de 100 litres pour chaque 200 utilisateurs.

Sécurisé :

- 1) Les fosses à déchets publiques doivent être équipées d'un dispositif de protection au point de déversement des déchets (garde-fou, rampe).
- 2) Les décharges de déchets solides sont situées à une distance minimale de 750 à 1 000 mètres de toute habitation.
- 3) Le personnel chargé de la gestion des déchets doit être équipé d'un équipement de protection individuelle (gants, bottes et masques de protection ou selon normes locales) et vacciné contre le tétanos et l'hépatite B.

Fonctionnelles :

- 1) Absence de déchets solides dispersés dans les concessions domestiques et espaces publics.
- 2) Système de collecte, de transport et de traitement des déchets cohérents avec les quantités produites assurant l'évacuation de 1 à 3 l de déchet/p/j (avec une densité de déchets solides de 200 à 400 kg/m³) ou selon la production mesurée de déchets solides /p/j.
- 3) Les installations de stockage (conteneurs, etc.) doivent être vidées au moins une fois par semaine et tous les jours dans les marchés et les centres d'alimentation.
- 4) Aucune dispersion de déchets solides n'a lieu pendant leur collecte, leur transport et leur traitement final.
- 5) Les fosses familiales et communales doivent être recouvertes de couches de terre ou de tout autre matériau approprié à la fin de chaque journée.
- 6) Le volume minimal des fosses communes doit être de 6 12m³/100p.
- 1) Les couches de déchets solides des décharges sont inférieures à 2 m de haut et leur surface est recouverte d'une couche de terre de 15 à 25 cm d'épaisseur à la fin de chaque journée.
- 2) Des systèmes de drainage appropriés sont en place pour éviter l'inondation des fosses et aires de traitement.
- 3) La base des fosses communes, des sites d'enfouissement doit se trouver à au moins 1,5 m au-dessus de la nappe phréatique tout au long de l'année.

↳ Sources de vérification

Les quantités et le type de déchets solides collectés, transportés et traités doivent être consignés dans un registre distinguant la fréquence de collecte, les différents moyens de collecte utilisés et les traitements effectués (recyclage, mise en décharge, etc.).

Tous les lieux publics inclus dans le système de gestion des déchets solides doivent faire l'objet d'un contrôle régulier (trimestriel) afin de s'assurer de leur fonctionnalité (absence de déchets solides et traitement adéquat in situ). Les visites régulières doivent être complétées par une enquête ménagère d'une précision statistique de 5 % des ménages et par des inspections de sites aléatoires.

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Se référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés

4.1 Indicateur Standard : Nombre de patients disposant d'un système de gestion des déchets solides accessible, sûr et fonctionnel dans les structures de santé

↳ Définition

Accès :

- 1) Les poubelles à déchets infectieux sont à portée de main partout où ces déchets sont produits.
- 2) Il y a une poubelle à déchets non infectieux non tranchants dans chaque pièce de la structure de santé.
- 3) Il y a au moins un ensemble de poubelles à déchets par 20 à 40 lits et par étage.

Fonctionnel :

- 1) Absence de déchets dispersés dans le périmètre et au sein de la structure médicale.
- 2) Système de triage, de collecte, de transport et de traitement des déchets cohérents avec les quantités produites assurant l'évacuation de 1 à 1,5 l de déchets par lit ou selon la production estimée de déchets médicaux /p/j.
- 3) La base des fosses à déchets médicaux doit être située à au moins 1,5 m au-dessus de la nappe phréatique toute l'année.
- 4) Les incinérateurs sont :
 - ↳ Conçus pour brûler 10 kg de déchets par jour pour 10 000 personnes incluses dans la zone de recrutement de l'établissement de santé.
 - ↳ Conçus pour atteindre une température d'au moins 1 000°C.
 - ↳ Fabriqué en briques réfractaires.
 - ↳ D'une hauteur d'au moins 4 mètres (jusqu'au sommet de la cheminée) et dont les composants métalliques sont en acier inoxydable ou en fonte.

Sûr :

- 1) Le triage des déchets est effectué à l'endroit où ils sont générés.

- 2) Distinction doit être faite entre déchets infectieux tranchants et non tranchants, infectieux et non infectieux qui doivent être stockés dans des conteneurs de collecte différents.
- 3) Les conteneurs de déchets sont codés par des couleurs et des pictogrammes en fonction de leur contenu.
 - ↳ Les déchets infectieux tranchants sont placés immédiatement dans des conteneurs de couleur jaune, étanches, couverts et résistants à la perforation.
 - ↳ Les déchets infectieux non tranchants sont placés immédiatement dans des sacs à déchets jaunes ou rouges ou dans des conteneurs de 15 à 40 litres munis d'un couvercle. Les conteneurs doivent être collectés, vidés, nettoyés, désinfectés et remplacés deux fois par jour et après chaque intervention (par exemple dans un bloc opératoire ou une maternité).
 - ↳ Les déchets non infectieux sont placés dans des conteneurs (d'une capacité de 20 à 60 litres) munis d'un couvercle (idéalement actionné par une pédale), munis de sacs noirs et collectés quotidiennement. Les conteneurs sont nettoyés quotidiennement.
- 4) Des affiches expliquant la signification des couleurs et des symboles des conteneurs sont affichées, expliquées et comprises par le personnel et les patients.
- 5) Les déchets médicaux sont désinfectés avant d'être éliminés, les conteneurs sont scellés et étanches.
- 6) Le transport des déchets doit se faire au moyen de chariots ou de charrettes à bras.
- 7) Toute fuite ou déversement de conteneur doit être nettoyé avec une solution d'eau chlorée à 2%.
- 8) Les déchets doivent être éliminés comme suit
 - ↳ Les objets tranchants dans une fosse réservée à cet effet (fosse en béton ou fûts enterrés).
 - ↳ Les déchets infectieux non tranchants sont enterrés dans une fosse équipée d'un couvercle étanche et d'un tuyau d'aération, incinéré à haute température ou stérilisé à la vapeur.
- 9) La zone d'élimination des déchets
 - ↳ Est clôturée, protégée des inondations et des écoulements d'eau.
 - ↳ Est située à au moins 100m de tout bâtiment ou zone publique, à au moins 30m des sources d'eau souterraine et le fond des fosses est situé à au moins 1,5m au-dessus de la nappe phréatique toute l'année.
- 10) Incinérateurs
 - ↳ En fonctionnement, les émissions de fumées sont faibles ou nulles.
 - ↳ Sont situés à plus de 300 m de zones horticoles ou maraichères, dans la direction des vents dominants.
 - ↳ Sont éloignés de tout passage public régulier à proximité immédiate.
- 11) Le personnel affecté à la gestion des déchets est formé, vacciné contre le tétanos et l'hépatite B (avec bilan de santé semestriel), équipé d'équipements de protection individuelle (gants blindés épais, bottes à semelles épaisses, combinaisons de travail, tabliers, masques, lunettes de protection) et a accès à du matériel de nettoyage (brosses, pelles, serpillières, seaux, brouettes, chariots à déchets, etc.), à des fournitures (détergents, désinfectants), à des douches fonctionnelles et à du savon.
- 12) Dans les décharges, les déchets médicaux ne sont jamais mélangés aux déchets domestiques et communaux.

↳ Sources de vérification

Toutes les structures de santé soutenues par l'action doivent faire l'objet d'un suivi régulier (trimestriel ou plus fréquent en cas d'épidémie) afin de vérifier la fonctionnalité du système de gestion des déchets solides (absence de déchets dans les services et les services communs, traitement adéquat des déchets médicaux). Les visites régulières doivent être complétées par des inspections aléatoires des sites et des entretiens avec les utilisateurs (personnel médical et patients).

4.2 Indicateur Standard: Nombre d'apprenants disposant d'un système de gestion des déchets solides accessible, sûr et fonctionnel dans les structures éducatives

↳ Définition

Accès :

- 1) Des poubelles de triage des déchets (une pour les déchets biodégradables et une autre pour les déchets non biodégradables) et étiquetées sont présentes dans chaque bâtiment - y compris les toilettes - et sur les aires de jeux.
- 2) Une poubelle avec couvercle est présente dans chaque cabine des latrines pour femmes dans les établissements éducatifs accueillant des filles en âge de procréer pour l'élimination des déchets d'hygiène menstruelle.

Sûr :

- 1) La collecte quotidienne des déchets n'est pas confiée aux enseignants ou aux apprenants, mais à du personnel recruté à cet effet. Ce personnel est équipé d'un matériel et/ou de vêtements de protection appropriés (masque facial, gants, protège-poignets ou chemises à manches longues, bottes en caoutchouc et tablier).
- 2) Les poubelles sont faciles à nettoyer, fabriquées dans un matériau durable et non poreux, et disposent d'une protection contre la vermine (couvercle).

- 3) Les sols et surfaces sont exemptes d'objets tranchants et d'autres déchets représentant un risque de blessure.
- 4) En l'absence de services externalisés de collecte des déchets solides, l'établissement éducatif est équipé de :
 - ↳ Une fosse à ordures clôturée, équipée de panneaux d'avertissement, située à ≥ 30 m de la source d'eau souterraine et à ≥ 1 m de profondeur.
 - ↳ Un incinérateur clôturé situé à une distance ≥ 30 m du bâtiment habitable le plus proche et dont les émissions visibles sont faibles ou nulles.
 - ↳ Une installation de compostage pour les déchets biodégradables.

Fonctionnel :

- 1) Absence de déchets dispersés dans le périmètre de l'établissement et à l'intérieur des bâtiments.
- 2) Les salles de classe et autres espaces d'enseignement sont régulièrement nettoyés pour minimiser la poussière et les moisissures.
- 3) Le ramassage des ordures est effectué au moins tous les jours ou une fois par semaine.
- 4) Le tri et le recyclage des déchets sont inclus dans les programmes scolaires.
- 5) Dans les écoles secondaires, les déchets d'hygiène menstruelle doivent être collectés et soit évacués hors de l'établissement soit incinérés dans les locaux de l'école une fois par jour.

↳ **Sources de vérification**

Tous les établissements éducatifs soutenus par l'action doivent faire l'objet d'un suivi régulier (trimestriel) afin de s'assurer de la fonctionnalité du système de gestion des déchets solides (absence de déchets à l'intérieur des classes, dans la cour, bon fonctionnement de la zone de traitement des déchets). Les visites régulières doivent être complétées par des inspections aléatoires des sites et des entretiens avec les utilisateurs (personnel et apprenants).

4.3 *Indicateur Standard : % de déchets liés à l'aide humanitaire minimisés, triés, recyclés ou réutilisés*

↳ **Définition**

Tous les produits de secours minimisent les émissions de gaz CO₂ et la production de déchets :

La réduction des émissions de gaz CO₂ peut être obtenue par la fourniture d'équipements ou la sélection d'articles non alimentaires :

- 1) Qui ont la plus grande durée de vie/durabilité.
- 2) Dont le volume et le poids sont limités
- 3) Qui sont produits localement.
- 4) Dont la fabrication nécessite des processus industriels limités
- 5) Dont les composants ne génèrent pas ou peu de déchets non recyclables
- 6) Dont l'utilisation génère peu ou pas d'émissions de CO₂.
- 7) Pour lesquels il existe une filière de recyclage là où ils sont livrés.
- 8) Dont les pièces de rechange sont également conformes aux critères supérieurs.

Tous les déchets générés par l'aide apportés (y compris les emballages) sont collectés et séparés en fonction de leurs propres processus de traitement :

- 1) Les déchets organiques sont compostés.
- 2) Les déchets en plastique (PET, PVC, PPP, HDPE et LDPE), en verre et en métal sont recyclés.
- 3) Les déchets qui ne peuvent pas être recyclés ou réutilisés sont traités et stockés dans une décharge spécialisée approuvée par les autorités.

Le personnel chargé du traitement des déchets doit être équipé d'équipements de protection individuelle (gants, bottes et masques de protection ou selon les recommandations locales) et vacciné contre le tétanos et l'hépatite B.

↳ **Sources de vérification**

Schémas, spécifications techniques, nomenclatures de toutes les ouvrages, équipements et consommables inclus dans l'action. Les décharges et les sites de traitement des déchets doivent faire l'objet d'un suivi régulier (trimestriel) afin de vérifier l'efficacité du processus de traitement mis en place (séparation correcte, traitement et mise en décharge contrôlés, débouchés commerciaux existants pour les déchets recyclés/réutilisés). Les visites régulières doivent être complétées par des inspections aléatoires des sites et des entretiens avec le personnel.

4.4 *Indicateur Standard : % de bénéficiaires satisfaits de leur service de gestion des déchets solides*

↳ **Définition**

Cinq indicateurs doivent être suivis et la valeur du plus faible d'entre eux doit être rapportée. Ces indicateurs sont le pourcentage d'utilisateurs satisfaits de :

- 1) L'accès au dispositif de collecte des déchets (distance).
- 2) La conception des infrastructures et équipements (robustesse et convivialité).

- 3) La sûreté de la collecte (stockage et transport).
- 4) La fréquence et capacité de collecte.
- 5) Du traitement (efficacité des processus et nuisances).

↳ Sources de vérification

La satisfaction du service par les utilisateurs peut être mesurée deux fois par an (au début et à la fin de l'action) ou lors d'enquêtes post-distribution, soit par le biais d'entretiens avec les ménages (avec une précision statistique de 5 %), soit par le biais d'entretiens avec des informateurs clés et de discussions de groupe, à condition que leur représentativité soit validée par les usagers du service de gestion des déchets solides.

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Veuillez vous référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

Lutte antivectorielle

5 Indicateur Obligatoire : Nombre de bénéficiaires bénéficiant de l'absence de sites de reproduction de vecteurs de maladies hydriques dans toutes les concessions domestiques, établissements publics et places publiques

↳ Définition

Fonctionnel :

- 1) Pas de présence substantielle d'eau stagnante à l'intérieur et autour des zones ciblées, qu'il s'agisse d'une grande étendue d'eau stagnante (comme un étang) ou d'une forte densité de petites zones (comme de l'eau stagnant dans des ornières). De petites zones d'eaux stagnantes doivent être prises en compte si elles sont contaminées par des eaux usées. Les petites flaques d'eau de pluie qui s'assèchent au bout d'un jour ou deux ne doivent pas être considérées comme stagnante.
- 2) Absence d'éléments ou de débris susceptibles de servir de zone de reproduction d'insectes pathogènes (pneus usagés, pots cassés, etc.).
- 3) Les canaux de drainage :
 - ↳ Sont conçus avec une pente de [1% ; 3%].
 - ↳ Ne sont pas obstrués par des déchets, des sédiments ou des débris.

Site adéquat :

- 1) Les zones d'eaux stagnantes sont distantes de ≥ 30 m des bordures des zones ciblées.
- 2) La zone ciblée a une pente :
 - ↳ $\geq 1\%$ pour permettre un drainage adéquat.
 - ↳ $\leq 6\%$, à moins que des mesures importantes de drainage et de contrôle de l'érosion ne soient prises.
- 3) Le point le plus bas de la zone ciblée est au moins 3 mètres au-dessus du niveau de la nappe phréatique toute l'année.

Conception adéquate :

- 1) Sécurité : Les réseaux de drainage sont complétés par des gardes fous, fourreaux et ponts nécessaires à leurs franchissements et à la protection des passants dans les endroits très fréquentés.
- 2) Les dispositifs de stockage de l'eau (citernes, châteaux d'eau) sont recouverts d'un couvercle et exempts de larves (en particulier les dispositifs de collecte de l'eau de pluie).
- 3) Les ouvrages et équipement hydriques (points d'eau, stations de lavage des mains, zones de lavage et de baignade, etc.) sont équipés d'un canal de drainage fonctionnel et si nécessaire, d'un puits perdu (absence d'eau stagnante après utilisation).

↳ Sources de vérification

Tous les lieux publics et services doivent être contrôlés régulièrement (tous les trimestres et plus souvent pendant la saison des pluies) pour vérifier l'absence d'éléments obstruant ou constater la présence d'eaux stagnantes dans les réseaux de drainage, ainsi que l'absence de déchets ou d'objets inutilisés susceptibles de stocker de l'eau tels que des pneus, des récipients cassés, etc. Elle doit être complétée par une inspection des composés des ménages, d'une précision statistique de 5 %.

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Se référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

5.1 Indicateur Standard : % de bénéficiaires satisfaits des activités de lutte antivectorielle

↳ Définition

Trois indicateurs doivent être suivis, et la valeur du plus faible est celle rapportée. Ces indicateurs sont le % d'utilisateurs satisfaits de :

- 1) La fonctionnalité du système de drainage (absence d'eau stagnante, présence limitée de vecteurs).
- 2) La conception du drainage (empreinte au sol).
- 3) La sûreté du réseau de drainage (ouvrage de protection et de franchissement).

↳ Sources de vérification

La perception du service par les utilisateurs peut être recueillie deux fois par an ou à des moments clés (saison des pluies et/ou saison propice aux vecteurs) par le biais d'entretiens avec les ménages (avec une taille d'échantillon d'une précision statistique de 5 %) ou au travers d'entretiens avec des informateurs clés et des discussions de groupe, à condition que l'audience soit approuvée par les usagers pour les représenter.

Un échantillon représentatif d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Veuillez vous référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

Epidémie de cholera

6 Indicateur Obligatoire : Nombre de populations touchées par le choléra couvertes par une réponse communautaire ciblée (Case Area targeted intervention -CATI-)

↳ Définition

La détection et le déploiement des cas impliquent

- 1) Un système de surveillance coordonné avec les services de santé permettant une alerte immédiate en cas de suspicion de cas de choléra dès sa détection.
- 2) Un déploiement dans les zones touchées dans les 48 heures suivant la détection.
- 3) Les zones ciblées comprennent
 - ↳ Le domicile des cas suspects.
 - ↳ Le voisinage dans un rayon de 100 à 150 m autour du domicile du cas suspect.
 - ↳ Les installations EAH, les services publics et les lieux de concentration de population tels que les marchés, les lieux de culte, les gares, les écoles, les prisons, les funérailles et les pèlerinages.
 - ↳ Une attention particulière est accordée à la surveillance des funérailles des cas suspects de choléra, en tenant compte des croyances et rites funéraires locaux et en les adaptant aux exigences de prévention et de contrôle des infections.

Les principales interventions sont les suivantes

- 1) Désinfection à l'aide de différents types de solutions chlorées :
 - ↳ 2 % pour les objets suspectés d'être souillés (latrines, zones souillées par des vomissures ou des excréments, principalement au niveau des ménages touchés).
 - ↳ 0,2% pour toute surface ou équipements (sols, lits, latrines, linge, ustensiles) susceptibles d'héberger le vibron (dans les ménages touchés, mais aussi dans les services publics).
- 2) Prévention :
 - ↳ Des installations de lavage des mains chlorées à 0,05% doivent être placées au moins à l'entrée et à la sortie de tous les lieux publics susceptibles de contribuer à la propagation de la maladie.
 - ↳ Distribution de kits d'hygiène aux ménages touchés par le choléra et à leur voisinage proche pour garantir l'accès à l'eau potable et à l'hygiène pendant la durée de l'épidémie. Il comprend
 - ↳ 450g/savon/p/m.
 - ↳ Deux jerrycans ou seaux de 20 litres avec couvercles et robinets /5 personnes.
 - ↳ Produit de traitement de l'eau à domicile (table de désinfection ou de désinfection-floculation en fonction de la turbidité de l'eau à laquelle le ménage a accès).
- 3) Information : Communication de masse sur l'existence d'une épidémie de choléra en cours, sur les moyens d'identifier et d'éviter la contamination et sur la gestion des cas suspects. Elle comprend :
 - ↳ Au niveau local : Panneaux, crieurs publics, radios communautaires, relais communautaires tels que les églises, les jeunes, les confréries et les chefs d'entreprise, la communauté et les autorités locales.
 - ↳ Au niveau régional ou national : Messages par téléphone mobile, chaînes de radio et de télévision, réseaux sociaux.

- ↪ Les canaux de communications nécessitant un rassemblement de personnes sont évités.
 - ↪ Une attention particulière est accordée aux croyances locales liées à la maladie et à l'atténuation de la stigmatisation.
- 4) Documenter la performance du CATI, notamment :
- ↪ Sa réactivité : date des premiers symptômes du cas suspect, date de sa détection par les services de santé, de l'alerte des acteurs CATI et de leur déploiement dans le foyer et le quartier touchés.
 - ↪ Sa capacité : Nombre maximum de déploiements CATI effectués par jour ou par semaine, sa couverture géographique, les installations publiques et privées ciblées (latrines, points d'eau, marchés, gares, etc.).
 - ↪ La dynamique épidémique : Géoréférencement des ménages touchés, des lieux publics ciblés, de leurs aires de service, des principaux axes de circulation des personnes et des biens dans les zones touchées.

↪ **Sources de vérification**

Pour les données épidémiologiques et la documentation CATI : Enregistrement de tous les cas suspects de choléra, ceux qui ont bénéficié d'une CATI et ceux qui n'en ont pas bénéficié. Le géoréférencement et les dates d'interventions (ménages et lieux publics) doivent être soigneusement consignées afin de pouvoir enregistrer à la fois la dynamique épidémique et la réactivité du CATI.

Pour la désinfection, la prévention et la communication de masse : mener des enquêtes post distribution et KAP auprès des populations exposées à la maladie avec une précision statistique de 5 %.

Un échantillon d'une précision statistique de 5 % ne signifie pas un échantillon de 5 % de la population des bénéficiaires. Veuillez vous référer aux protocoles d'échantillonnage et aux calculs utilisés.

COORDINATION

7 Indicateur Obligatoire : % de populations affectées bénéficiant d'un mécanisme de coordination EAH efficace

↪ **Définition**

Coordination :

- 1) L'exhaustivité est garantie si tous les acteurs EAH contribuant au soutien des populations affectées rapportent au cluster EAH. Cela documente la couverture de la réponse EAH englobée par la coordination du secteur EAH.
- 2) L'homogénéité est assurée lorsque les informations fournies par les acteurs EAH au cluster sont rapportées de la même façon (même format, même niveau de rapportage).
- 3) La cohérence est assurée lorsque les informations rapportées par tous les acteurs EAH au cluster sont collectées de la même façon (même fréquence, taille d'échantillon & méthodologie de collecte).
- 4) La régularité est garantie lorsque tous les acteurs EAH rapporte au cluster avant des échéances prédéfinies.
- 5) La fiabilité est garantie lorsque les informations fournies par tous les acteurs EAH ont été contrôlées in situ par l'équipe du cluster EAH Cluster ou par une tierce partie la représentant. Les modalités de contrôle in situ doivent être définies et approuvées par les parties prenantes au cluster EAH.

L'équité :

Elle est garantie lorsque le niveau des services EAH est le même quel que soit les acteurs EAH, lorsque les normes d'accès, de sûreté, de sécurité et de fonctionnalité sont respectées par chacun d'entre eux. L'existence de normes minimales et de plans-type dans chaque groupe de travail des sous-secteurs EAH, combinée à des inspections in situ par le cluster EAH (ou par une tierce partie le représentant), permet de documenter cet indicateur

↪ **Sources de vérification**

L'exhaustivité, l'homogénéité, la cohérence, la régularité et la fiabilité peuvent être évaluées par la proportion d'acteurs EAH qui se conforment aux critères du cluster par rapport à tous les acteurs EAH impliqués dans le soutien aux populations affectées. Lorsque les chiffres des bénéficiaires par acteur EAH sont disponibles, il est préférable de les utiliser pour calculer cette proportion (au lieu d'utiliser le nombre d'acteurs EAH).

Les sources d'information sont principalement la liste des acteurs EAH enregistrés dans les institutions (au niveau local et/ou national/ministère), les rapports des acteurs EAH envoyés au cluster, les rapport annuels et mensuels faisant état des progrès en matière de standardisation de la réponse (plan de travail des groupes techniques, Proportion des normes produites par rapport à celles nécessaires) et les rapports de visite in situ de l'équipe du cluster EAH (ou d'une tierce partie). Ces informations devraient être regroupées et analysées au moins une fois par an afin de servir de base pour définir les objectifs de performance du cluster pour l'année suivante.

8 KOI Epidémie de Choléra : % de populations touchées par le choléra couvertes par une réponse communautaire ciblée (Case Area targeted intervention -CATI-).

↪ Définition

Veillez vous référer aux orientations de l'indicateur obligatoire se rapportant aux épidémies de choléra (§6)

↪ Sources of verification

Enregistrement de tous les cas suspects de choléra à l'aide des données consolidées du système de santé chargé de la surveillance de l'épidémie. Registre des déploiements CATI de tous les acteurs EAH impliqués dans la contention de l'épidémie. Se référer aux notes d'orientation de l'Indicateur Obligatoire se rapportant aux épidémies de choléra (§6 sources de vérification).

