



## Le projet Sphere



Charte humanitaire  
et normes minimales  
à respecter lors des  
interventions  
en cas de catastrophe

Publié par :

**The Sphere Project**

PO Box 372, 17 Chemin des Crêts, CH-1211 Genève 19, Suisse.

Tél.: +41 22 730 4501 Fax : +41 22 730 4905

Adresse électronique: [sphere@ifrc.org](mailto:sphere@ifrc.org) Web: <http://www.sphereproject.org>

Le projet Sphere est un programme du Comité de Direction pour l'Action humanitaire (*Steering Committee for Humanitarian Response* ou SCHR) et d'InterAction ainsi que de VOICE, du CICR et de l'ICVA. Ce projet a été lancé en 1997 dans le but d'élaborer une série de normes universelles minimales dans les domaines centraux de l'aide humanitaire. Son objectif est de rehausser la qualité de l'assistance fournie aux personnes victimes de catastrophes ainsi que de mieux responsabiliser le système d'assistance dans ses interventions. La Charte humanitaire et les normes minimales à respecter lors d'interventions en cas de catastrophe sont le fruit de l'expérience collective de bien des personnes et services. Il ne faudrait donc pas les considérer comme représentant les vues d'une organisation donnée. Le nom des personnes ayant apporté leur concours au projet Sphere figure en Annexe 3.

Première édition préliminaire : 1998

Première édition définitive : an 2000

Oxfam Publishing ISBN 0-85598-447-3

Sphere Project ISBN 92-9139-061-5

Cette publication figure dans les catalogues de la *British Library*.

Tous droits réservés. Ce document fait l'objet de droits d'auteur mais peut être reproduit à titre gratuit à des fins didactiques, non commerciales. Toute utilisation de ce document est assujettie à l'octroi d'une autorisation officielle, laquelle est généralement accordée sans délai. Pour des besoins de photocopie et dans d'autres circonstances, la citation dans d'autres publications, la traduction ou l'adaptation, il faut obtenir, au préalable, la permission du détenteur de droits d'auteur qui pourrait exiger le paiement d'une redevance.

Distribué pour le projet Sphere à travers le monde par Oxfam.

**Disponible auprès de :** Oxfam Publishing, 274 Banbury Road, Oxford, OX2 7DZ, ROYAUME-UNI. Tél : +44 (0)1865 311311 Fax : +44 (0)1865 312600

**Adresse électronique :** [publish@oxfam.org.uk](mailto:publish@oxfam.org.uk) et disponible auprès de son représentant et de ses agents à travers le monde. Oxfam GB est une organisation caritative enregistrée sous le numéro 202918 et un membre d'Oxfam International.

**Rédactrice :** Isobel McConnan.

**Conception :** DS Print and Redesign.

**Impression :** Musumeci, Aoste, Italie.

# Charte humanitaire et normes minimales à respecter lors des interventions en cas de catastrophe

## Table des matières

Introduction .....	1
<b>PARTIE 1 : La Charte humanitaire</b>	
La Charte humanitaire .....	5
<b>PARTIE 2 : Les normes minimales</b>	
Chapitre 1 : Normes minimales à respecter dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement .....	13
Chapitre 2 : Normes minimales à respecter dans le secteur de la nutrition ..	67
Chapitre 3 : Normes minimales à respecter dans le secteur de l'aide alimentaire .....	127
Chapitre 4 : Normes minimales à respecter dans le secteur de l'aménagement des abris et des sites .....	171
Chapitre 5 : Normes minimales à respecter dans le secteur des services médicaux .....	215
<b>PARTIE 3 : Annexes</b>	
1 Glossaire de mots et d'expressions clés .....	273
2 Sigles .....	276
3 Remerciements .....	278
4 Récapitulatif des normes minimales .....	299
5 Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales (ONG) lors des opérations de secours en cas de catastrophe .....	312

# Introduction

Satisfaire les besoins essentiels et rétablir des conditions de vie dans la dignité sont deux principes qui doivent motiver toute action humanitaire.

Les deux buts de la Charte humanitaire et des normes minimales sont, d'une part, de rendre l'intervention des agences plus efficace et, d'autre part, de mieux responsabiliser ces services. Ils reposent sur deux convictions de fond : tout d'abord, qu'il faut prendre toutes les mesures possibles pour soulager les souffrances humaines résultant d'un conflit ou d'une calamité et, ensuite, que les personnes affectées par une catastrophe ont le droit de vivre dans la dignité et, ce faisant, celui d'être secourues.

Cet ouvrage est le résultat de plus de deux ans de collaboration entre bien des agences aux fins de rédiger une charte humanitaire et de fixer des normes minimales propres à servir les droits qu'elle énonce. Ces normes portent sur l'assistance à octroyer en cas de catastrophe dans les domaines de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de la nutrition, de l'assistance alimentaire, de l'aménagement des abris et des sites et des services médicaux.

## Charte humanitaire

La pierre angulaire de cette publication est la Charte humanitaire (Partie 1). S'appuyant sur les principes et les dispositions du droit humanitaire international, les textes internationaux sur les droits de la personne humaine, le droit des réfugiés et le Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales (ONG) lors des opérations de secours en cas de catastrophe, la Charte décrit les principes de base régissant l'action humanitaire et affirme le droit des populations à être protégées et secourues.

La Charte définit les responsabilités juridiques des Etats et Parties en matière de garantie du droit au secours et à la protection. Lorsqu'un Etat est incapable d'intervenir, il est tenu d'autoriser les organisations humanitaires à le faire.

## Les normes minimales

Les normes minimales (Partie 2) ont été élaborées en faisant appel à de vastes réseaux d'experts dans les cinq secteurs cités. La plupart de ces normes, et des indicateurs qui les accompagnent, ne sont pas nouvelles mais constituent un agrégat et une adaptation des connaissances et pratiques existantes. Considérées dans leur ensemble, elles sont l'émanation d'un consensus remarquable entre une large gamme d'agences et symbolisent une volonté nouvelle d'agir de manière à inscrire les principes humanitaires dans la pratique.

## Etendue, limites de la Charte humanitaire et normes minimales

Toute une série de facteurs viendra influencer sur la capacité des agences à respecter ces normes minimales. Certains pourront être maîtrisés tandis que d'autres, d'ordre politique ou sécuritaire, ne relèvent pas de leur contrôle. De première importance seront les points suivants : degré d'accès aux populations touchées, consentement et coopération des autorités en place, possibilité d'agir dans des conditions de sécurité raisonnable. Egaleme nt essentielle est la question d'avoir à disposition suffisamment de moyens financiers, humains et matériels. Le présent document ne saurait, à lui seul, être un guide d'évaluation ou un jeu de critères complet pour l'action humanitaire.

La Charte énonce bien, en termes généraux, une série de principes humanitaires mais les normes minimales ne visent pas à traiter tout l'éventail de préoccupations ou de mesures relevant de ce champ d'action. Tout d'abord, elles ne recouvrent pas toutes les modalités possibles d'assistance humanitaire appropriée. Ensuite -- et c'est peut-être plus important encore -- ces normes n'abordent pas des questions plus larges liées à la protection dans une optique humanitaire.

Il n'est pas rare que les agences humanitaires vivent des situations dans lesquelles l'agissement délibéré ou l'obstruction de l'homme menacent les fondements du bien-être et de la sécurité de communautés ou de secteurs entiers d'une population -- de sorte qu'il y a infraction au droit international. Cela peut se traduire par une menace directe à l'encontre du bien-être des personnes, de leurs moyens de subsistance, ou de leur sécurité. Dans le contexte d'un conflit armé, le souci humanitaire primordial est de protéger les personnes contre de telles menaces.

Le présent document n'expose pas en détail les stratégies et mécanismes d'ensemble de nature à assurer l'accès des populations et leur protection. Toutefois, il importe de souligner que la forme du secours d'urgence et la façon dont il est assuré peuvent avoir un impact significatif (positif ou négatif) sur la sécurité de la population concernée. La Charte humanitaire reconnaît que tenter de prêter main-forte en situation de conflit peut rendre les civils plus vulnérables aux attaques, ou donner un avantage imprévu à une ou plusieurs parties en lutte ; c'est ainsi que la Charte fait obligation aux agences d'amoindrir les répercussions négatives de leurs interventions dans toute la mesure du possible.

La Charte humanitaire et les normes minimales ne régleront pas tous les problèmes de l'intervention humanitaire et ne peuvent davantage prévenir toutes les souffrances humaines. Ce qu'elles offrent aux agences de secours, c'est un outil pour rehausser l'efficacité et la qualité de leur assistance et, ainsi, apporter un mieux dans la vie des personnes affectées par une catastrophe.



## Partie 1

## La Charte humanitaire

# La Charte humanitaire

En adhérant à la Charte humanitaire et aux normes minimales, les agences s'engagent, dans leur action en faveur des personnes affectées par une calamité ou par un conflit armé, à offrir des services correspondant à certains niveaux définis et à promouvoir le respect des principes humanitaires fondamentaux.

Au travers de la Charte humanitaire, les agences expriment leur engagement vis-à-vis de ces principes et marquent leur détermination à mettre en oeuvre les normes minimales. Cet engagement repose sur la manière dont chaque agence qui adhère à la Charte comprend ses propres obligations morales. Il reflète par ailleurs les droits et les devoirs, consacrés par le droit international, envers lesquels les Etats et les autres parties ont des obligations établies.

La Charte humanitaire énonce les conditions les plus fondamentales qui doivent se trouver réunies pour qu'il soit possible de maintenir en vie les personnes affectées par une catastrophe ou par un conflit et de défendre leur dignité. Les normes minimales exposées ci-dessous visent, quant à elles, à quantifier ces exigences en termes de besoins qui sont ceux des personnes affectées dans cinq domaines essentiels : eau et assainissement, nutrition, aide alimentaire, abris et sites et soins médicaux. De concert, la Charte humanitaire et les normes minimales contribuent à la mise en place d'un cadre opérationnel au sein duquel peut s'exercer la responsabilité dans le domaine de l'action humanitaire.

## 1 Principes

Nous réaffirmons notre foi en l'impératif humanitaire et en sa primauté. C'est dire que nous sommes convaincus que toutes les mesures possibles doivent être prises pour prévenir ou alléger les souffrances humaines qu'engendrent catastrophes et conflits et que les populations ainsi touchées sont en droit d'attendre protection et assistance.

C'est sur la base de cette conviction, reflétée dans le droit international humanitaire et basée sur le principe d'humanité, que nous offrons nos services en tant qu'agences humanitaires. Nous agissons conformément aux principes d'humanité et d'impartialité, ainsi qu'aux autres règles

énoncées dans le *Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales lors des opérations de secours en cas de catastrophe* (1994).

**La Charte humanitaire affirme l'importance fondamentale des principes suivants :**

### 1.1 Le droit de vivre dans la dignité

Ce principe est inscrit dans les normes juridiques concernant le droit à la vie et à la liberté, à un niveau de vie adéquat ainsi que l'interdiction des traitements ou des peines ayant un caractère cruel, inhumain ou dégradant. Nous estimons que le droit à la vie, pour tout individu, s'accompagne à la fois du droit à des mesures prises pour préserver sa vie si elle est menacée et de l'obligation parallèle, pour les autres, de prendre de telles mesures. Cela signifie implicitement qu'il existe une obligation de ne pas empêcher ou gêner la fourniture d'une assistance destinée à sauver des vies humaines. En outre, le droit international humanitaire contient des dispositions spécifiques en vue de la fourniture d'une assistance de caractère humanitaire et impartial, lorsque la population civile est privée de biens essentiels à sa survie.<sup>1</sup>

### 1.2 La distinction entre combattants et non-combattants

C'est la distinction qui sous-tend les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977. Il est de plus en plus fait entorse à ce principe fondamental, ainsi que le montre l'augmentation très marquée du nombre de victimes civiles dans les conflits de la seconde moitié du XXe siècle. Le fait que les différends internes soient souvent qualifiés de « guerres civiles » ne doit pas occulter la distinction entre, d'une part, les combattants activement engagés dans les hostilités et, d'autre part, tant les civils que tous ceux, qui, comme les belligérants malades, blessés et prisonniers, n'y jouent aucun rôle direct. Les non-combattants sont des personnes protégées au sens du droit international humanitaire et ont droit à l'immunité contre les attaques.<sup>2</sup>

### 1.3 Le principe de non-refoulement

En vertu de ce principe, aucun réfugié ne peut être (r)envoyé dans un pays où sa vie ou sa liberté seraient menacées pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier, ou d'opinion politique, ainsi que lorsqu'il y a suffisamment de raison de croire qu'il risquerait de subir des tortures<sup>3</sup>.

## 2 Les rôles et responsabilités

2.1 Nous reconnaissons que c'est tout d'abord grâce aux efforts qu'elles déploient elles-mêmes que les personnes affectées par une catastrophe ou par un conflit armé voient leurs besoins couverts ; nous reconnaissons aussi que c'est aux Etats qu'incombent, au premier chef, la tâche et la responsabilité de fournir une assistance lorsque la capacité de la population à surmonter ses épreuves se trouve dépassée.

2.2 Le droit international reconnaît que les personnes affectées sont en droit d'attendre protection et assistance. Il définit les obligations juridiques opposables aux Etats et aux belligérants : les uns et les autres sont tenus soit de fournir une telle assistance, soit de permettre qu'elle soit assurée ainsi que de prévenir et de s'interdire tout comportement allant à l'encontre des droits fondamentaux de la personne humaine. Ces droits et obligations font partie de la législation internationale des droits de l'homme, du droit international humanitaire et du droit des réfugiés (voir, ci-dessous, la liste des documents de référence).

2.3 Ce sont ces rôles et responsabilités majeurs qui définissent notre rôle en tant qu'agences humanitaires. La fonction que nous assumons dans le cadre des actions de secours humanitaire reflète une réalité, à savoir que ceux tenus, au premier chef, d'assumer la charge de l'assistance ne sont pas toujours capables, ou désireux, de le faire. Il s'agit, parfois, d'un problème de capacité. Il s'agit aussi parfois d'un non-respect délibéré des obligations fondamentales – juridiques et morales – qui engendre maintes souffrances humaines qui auraient pu être évitées.

2.4 Le fait que les belligérants honorent rarement les visées humanitaires des opérations de secours est la preuve que les efforts visant à prêter concours en situation de conflit risquent de rendre les civils plus vulnérables encore aux attaques, ou, parfois, de conférer (de manière imprévue) un avantage à un ou plusieurs des groupes en lutte. Nous sommes résolus à minimiser les effets néfastes de nos interventions pour autant que cela soit conforme aux obligations mentionnées plus haut. Les belligérants ont l'obligation de respecter le caractère humanitaire de nos interventions.

2.5 S'agissant des principes énoncés ci-dessus, et sur un plan plus général, nous reconnaissons et appuyons les mandats de protection et d'assistance que le droit international confère au Comité international de la Croix-Rouge et au Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.

## 3 Les normes minimales

Les normes minimales ci-après sont basées sur l'expérience des agences humanitaires en matière d'assistance. Si la mise en oeuvre de ces normes dépend de tout un ensemble de facteurs – dont beaucoup échappent à notre contrôle – nous nous engageons à nous efforcer systématiquement de les respecter et nous acceptons de rendre compte de nos actions en conséquence. Nous invitons les autres acteurs humanitaires, y compris les Etats eux-mêmes, à faire de ces normes un étalon accepté par tous.

En adhérant aux normes énoncées aux chapitres 1 à 5, nous nous engageons à n'épargner aucun effort pour que les personnes affectées par une catastrophe aient, au moins, accès à l'essentiel (eau et assainissement, aide alimentaire, abris et soins médicaux) afin de satisfaire leur droit fondamental de vivre dignement. A cette fin, nous continuerons à encourager les gouvernements et les autres parties à honorer leurs obligations découlant de la législation internationale des droits de l'homme, du droit international humanitaire et du droit des réfugiés.

Nous sommes prêts à être tenus responsables du respect de cet engagement et à mettre en place – au sein de nos agences, consortiums et fédérations – des systèmes permettant de rendre compte de nos actions. Nous reconnaissons notre responsabilité fondamentale vis-à-vis de ceux que nous nous efforçons d'aider.

### Notes

1. Articles 3 et 5 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948) ; Articles 6 et 7 du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (1966) ; Article 3 commun aux quatre *Conventions de Genève* (1949) ; Articles 23, 55 et 59 de la *IVe Convention de Genève* ; Articles 69 à 71 du *Protocole additionnel I* (1977) ; Article 18 du *Protocole additionnel II* (1977) ainsi que les autres règles pertinentes du droit international humanitaire ; *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (1984) ; Articles 10, 11 et 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (1966) ; Articles 6, 37 et 24 de la *Convention relative aux droits de l'Enfant* (1989) et autres instruments pertinents du droit international.
2. La distinction entre combattants et non-combattants est le principe essentiel qui sous-tend le droit international humanitaire. Voir, en particulier, l'article 3 commun aux quatre *Conventions de Genève* (1949) et l'article 48 du *Protocole additionnel I* (1977). Voir aussi l'article 38 de la *Convention relative aux droits de l'enfant*.
3. Article 33 de la *Convention relative au statut des réfugiés* (1951) ; Article 3 de la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (1984) et l'Article 22 de la *Convention relative aux droits de l'enfant* (1989).



## Sources

Les instruments suivants ont éclairé la présente charte :

*Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948).

*Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (1966).

*Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (1966).

Quatre *Conventions de Genève* (1949) et leurs deux *Protocoles additionnels* (1977).

*Convention relative au statut des réfugiés* (1951) et *Protocole relatif au statut des réfugiés* (1967).

*Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (1984).

*Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide* (1948).

*Convention relative aux droits de l'enfant* (1989).

*Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (1979).

*Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays* (1998).



## Partie 2

## Les normes minimales





Normes minimales à  
respecter dans le  
secteur de  
l'approvisionnement  
en eau et de  
l'assainissement

# *Normes minimales à respecter dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement*

## **Tables des matières**

Introduction . . . . .	17
1. Analyse . . . . .	20
2. Approvisionnement en eau . . . . .	30
3. Elimination des excreta . . . . .	36
4. Lutte antivectorielle . . . . .	40
5. Evacuation des déchets solides . . . . .	45
6. Drainage . . . . .	49
7. Promotion des règles d'hygiène . . . . .	51
8. Capacités en matière de ressources humaines et formation . . . . .	56
Appendice 1 : Evaluation initiale des besoins en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement par voie de questionnaire . . . . .	58
Appendice 2 : Quantités d'eau nécessaires en sus des normes minimales pour couvrir les besoins de consommation de base des ménages . . . . .	62
Appendice 3 : Principes de bonne pratique à observer dans les programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement . . . . .	63
Appendice 4 : Bibliographie choisie . . . . .	65
<i>Pour le glossaire de termes généraux et la définition des sigles, voir les Annexes 1 et 2 en fin d'ouvrage.</i>	

# *Normes minimales à respecter dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement*

## *Introduction*

Les normes minimales à respecter dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sont une expression concrète des principes et des droits qu'incarne la Charte humanitaire. Cette Charte vise à satisfaire les besoins les plus fondamentaux aux fins de sauvegarder la vie et la dignité des personnes affectées par une catastrophe ou un conflit, ainsi qu'ils apparaissent dans le corps de textes internationaux relatifs aux droits de la personne humaine, au droit humanitaire et au droit des réfugiés. C'est sur cette base que les agences offrent leurs services. Elles s'engagent à agir conformément aux principes d'humanité, d'impartialité et autres obligations énoncées dans le *Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG lors des opérations de secours en cas de catastrophe*. La Charte humanitaire réaffirme l'importance primordiale de trois principes clés :

- le droit de vivre dans la dignité,
- la distinction entre combattants et non-combattants,
- le principe du non-refoulement.

Les normes minimales relèvent de deux grandes catégories : la première concerne directement le droit des personnes ; la deuxième, les démarches entreprises par les agences pour veiller à ce que les personnes bénéficient de ces droits. Certaines des normes minimales chevauchent ces deux catégories.

## 1 Importance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement en situation d'urgence

Les personnes affectées par une catastrophe courent un plus grand risque de tomber malades et de mourir par suite de maladies dues au manque d'hygiène et d'eau salubre qu'en raison de tout autre facteur. Les plus graves dangers sont les maladies diarrhéiques et autres affections transmises par la voie fécale-orale. La propagation de ces maladies est favorisée par l'absence ou l'insuffisance d'hygiène ainsi que par la contamination de l'eau. D'autres maladies sont le fait de vecteurs associés à une mauvaise élimination des déchets solides et des eaux usées.

Dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, les programmes d'urgence ont un double but : fournir une quantité minimum d'eau potable saine et réduire l'incidence des maladies transmises par la voie fécale-orale ainsi que le contact avec les vecteurs pathogènes. Un autre objectif important consiste à faciliter la mise en place de conditions qui permettent aux personnes de continuer à vivre et à accomplir les gestes de la vie quotidienne (aller aux toilettes et se laver, par exemple) dans le confort, la sécurité et le respect de leur dignité.

Dans la plupart des situations d'urgence, c'est aux femmes et aux enfants qu'il incombe de se procurer de l'eau. Or, dans les lieux collectifs d'approvisionnement en eau et d'hygiène, propres aux situations de réfugiés ou de personnes déplacées, femmes et adolescentes sont plus vulnérables aux risques de violence ou d'exploitation à caractère sexuel. Il faut donc encourager les femmes à participer aux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, dans toute la mesure du possible. Leur intervention sera un facteur qui permettra d'assurer, d'une part, que toute la population affectée par la catastrophe a accès à l'eau et aux services d'hygiène en sécurité et sans difficulté et, d'autre part, que ces prestations sont équitables et appropriées.

## 2 Se repérer à l'intérieur de ce chapitre

Ce chapitre est divisé en huit parties (analyse, approvisionnement en eau, élimination des excréta, etc...), chacune incluant ce qui suit :

- **les normes minimales** : ce sont les chiffres minimum à atteindre dans chaque domaine,
- **les indicateurs clés** : ce sont des 'signaux' qui permettent d'établir si l'on a, ou non, respecté la norme. Ils constituent un moyen de mesurer

– et de faire connaître – à la fois l'impact réel (ou le résultat) des programmes ainsi que le processus (ou les méthodes) mis en oeuvre ; ils peuvent être qualitatifs ou quantitatifs,

- **les notes de référence** : ce sont des points précis à prendre en compte pour appliquer la norme dans différentes situations, surmonter des difficultés d'ordre pratique et traiter des questions prioritaires. Elles peuvent inclure des questions primordiales en rapport avec la norme ou les indicateurs, énoncer des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances du moment. Remédier à ces insuffisances est un moyen d'améliorer, à l'avenir, les normes minimales en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

D'autres informations utiles, notamment une bibliographie, figurent dans les pièces jointes. Les principes de bonne pratique spécifiques au secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sont décrits en appendice 3.

La structure du présent chapitre reflète la division des activités et des responsabilités telle qu'on la trouve communément dans les situations d'urgence. L'action menée dans chacun de ces domaines facilite la réalisation des buts généraux des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, tels qu'ils définis ci-dessus, et elle est étroitement liée – sur les plans épidémiologique et opérationnel – aux objectifs et activités des autres secteurs. Les normes proposées pour l'analyse – Evaluation initiale, suivi et évaluation finale) s'appliquent à tous les différents domaines du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

Les progrès en matière de respect des normes qui sont réalisés dans un domaine déterminent l'ampleur de l'avancée dans d'autres. A titre indicatif, il est plus urgent de parvenir à respecter la norme de quantité minimale d'eau disponible dans les situations où l'élimination des excréta et les installations sanitaires laissent à désirer que dans le cas où l'environnement est relativement peu pathogène, du fait de conditions d'assainissement et d'hygiène adéquates. Les priorités doivent être fixées sur la base d'informations fiables et mises en partage avec les autres secteurs au fur et à mesure que la situation évolue.

Dans les cas pertinents, nous faisons référence aux normes techniques applicables dans d'autres secteurs. L'intention est de souligner de quelle manière les travaux menés dans un secteur sont étroitement liés à ceux effectués dans d'autres domaines et que les progrès dans un secteur sont tributaires de l'avancée dans d'autres.

## Les normes minimales

# 1 Analyse

Les programmes qui permettent de répondre aux besoins de la population affectée par une catastrophe doivent reposer sur une bonne compréhension de la situation, notamment des facteurs politiques et sécuritaires ainsi que des développements susceptibles de se produire. La population sinistrée, les agences, les donateurs et les autorités locales ont besoin de savoir que les interventions sont appropriées et efficaces. L'analyse des effets de la catastrophe – ainsi que de l'impact du programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement – revêt donc une importance cruciale. Si le problème n'est pas appréhendé et compris correctement, il sera difficile, voire impossible, de réagir comme il se doit.

La normalisation des méthodes d'analyse utilisées dans tous les secteurs de l'assistance humanitaire permet de définir, sans tarder, les besoins urgents ainsi que d'affecter correctement les moyens des agences humanitaires. La présente partie énonce les normes et les indicateurs qui ont été retenus pour collecter et dépouiller les informations requises en vue de définir des besoins, concevoir les interventions, suivre et évaluer leur efficacité et promouvoir la participation de la population affectée.

Les normes d'analyse s'appliquent avant le lancement de tout programme et tout au long du cycle d'activités. L'analyse débute par un constat initial immédiat pour mesurer l'impact de la catastrophe et décider s'il y a lieu de réagir, et de quelle manière. Elle se poursuit au travers des activités de suivi pour définir dans quelle mesure le programme répond aux besoins et si des changements s'imposent. Enfin, l'évaluation finale vise à définir l'efficacité globale du programme et à en tirer les enseignements pour l'avenir. La mise en commun des informations et des connaissances entre tous ceux qui prennent part à l'action d'assistance revêt une importance fondamentale pour comprendre pleinement le problème et coordonner les efforts. Le fait de documenter la démarche adoptée et de diffuser les informations tirées du processus d'analyse contribue à faire largement

comprendre l'impact des catastrophes, notamment sur le plan de la santé publique ; cela peut aussi faciliter l'amélioration des mesures visant à prévenir les catastrophes et à en atténuer les effets.

## Norme 1 d'analyse : évaluation initiale

Les décisions reposent sur une compréhension démontrée de la situation d'urgence ainsi que sur une analyse précise des risques pour la santé et des besoins liés à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement.

### Indicateurs clés

- Des effectifs dûment expérimentés dressent, sans tarder, une évaluation initiale, compte tenu de procédures internationalement reconnues.
- Le bilan est mené en coopération avec une équipe multisectorielle (eau et assainissement, nutrition, aide alimentaire, abris et services médicaux), les autorités locales, les femmes et les hommes de la population touchée ainsi qu'avec les agences humanitaires qui prévoient d'intervenir.
- L'information est rassemblée et présentée avec le souci de faciliter la prise de décisions de manière transparente et cohérente.
- Les données sont ventilées selon le sexe et la tranche d'âge, dans la mesure du possible.
- L'information recueillie permet de définir les besoins et les risques de santé liés à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement par sexe, groupe social et tranche d'âge et fournit des données de référence aux fins de suivi et d'évaluation.
- Tous les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont inspectés (qu'ils soient en état de marche ou endommagés).
- Le bilan tient compte des normes nationales en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, dans le pays où la catastrophe s'est produite, et, s'il ne s'agit pas du même, dans un autre pays où une assistance est fournie.
- Dans des situations de dangers, le bilan inclut une analyse des facteurs influant sur la sécurité et la sûreté des personnes affectées.

- Des recommandations sont faites quant à la nécessité, ou non, d'une aide extérieure. Lorsqu'il faut prêter concours, priorités, stratégie d'intervention et liste de moyens requis sont proposés, compte tenu des facteurs suivants :
  - structure sociale et politique de la population, dont habitudes culturelles et attitudes des sexes en matière d'accès et d'utilisation des installations d'eau et d'hygiène,
  - nombre approximatif de personnes affectées et profil démographique,
  - capacités et ressources locales,
  - groupes à risque (objet d'une attention particulière),
  - accès à la population touchée et entraves à sa liberté de mouvement,
  - cadre politique, sécuritaire et opérationnel,
  - éventuelles répercussions à long terme et impact environnemental des interventions proposées.
- Les risques spécifiques afférents à la sécurité des groupes vulnérables, tout particulièrement à celle des femmes et des adolescentes, sont pris en compte dans les plans des installations d'approvisionnement en eau et d'hygiène.
- A l'issue du bilan, il y a rédaction d'un rapport qui couvre les domaines essentiels de l'intervention et formule les recommandations appropriées.
- Les résultats du bilan sont portés à la connaissance des autres secteurs, des autorités nationales et locales, des agences participant à l'intervention ainsi qu'à celle des représentants et représentantes de la population affectée.

## Notes de référence

1. **Procédures internationalement reconnues pour effectuer une évaluation initiale** (*Internationally Accepted Procedures for Initial Assessment*) : voir Davis, J et Lambert, R (1995), et Pesigan, A M et Telford, J (1996).
2. **Bilan mené à temps** : telle doit être la caractéristique de ce bilan qui doit être dressé le plus tôt possible après la catastrophe. Si besoin est, il faut intervenir dans le même temps pour répondre aux besoins essentiels de la population. En règle générale, il faut rédiger le rapport dans la semaine qui suit l'arrivée de l'équipe sur les lieux de la catastrophe, bien que cela dépende du type d'événement survenu ou de la situation d'ensemble.
3. **Personnes chargées du bilan** : il convient de faire appel à des personnes capables de recueillir des informations auprès de tous les groupes de la population sinistrée, d'une manière acceptable selon les normes culturelles, en tenant compte tout particulièrement du sexe et des connaissances linguistiques. Dans l'idéal, il devrait y avoir équilibre dans le nombre d'hommes et de femmes qui participent.
4. **Procédure à suivre pour le bilan** : tous les participants doivent approuver la démarche à suivre pour mener le bilan avant que le travail ne commence sur le terrain et se voir attribuer des tâches précises en conséquence, à l'appui de cette activité.
5. **Recueil de l'information** : il existe une gamme de techniques variées pour recueillir des informations ; le choix doit donc être opéré avec soin, en fonction de la situation et du type de renseignements requis. En règle générale, la collecte d'informations doit être d'autant plus fréquente que la situation évolue rapidement ou que surviennent des événements critiques, comme de nouveaux mouvements de population ou une flambée épidémique de maladies diarrhéiques. L'évaluation initiale sera peut-être rapide et sommaire mais l'analyse s'améliore avec le temps et l'accumulation de données. Les listes de pointage sont un bon moyen de s'assurer que toutes les questions essentielles ont été examinées. Voir, en appendice 1, un modèle de liste de contrôle.
6. **Sources d'information** : les renseignements nécessaires pour dresser le bilan peuvent être tirés de la documentation existante, de données historiques pertinentes, d'informations antérieures à la catastrophe et de discussions menées avec divers interlocuteurs appropriés, bien informés, parmi lesquels peuvent figurer donateurs, personnel d'agences,

fonctionnaires, spécialistes locaux, responsables de la communauté, (hommes et femmes, anciens, agents de santé, enseignants, commerçants, etc. Les plans nationaux ou régionaux de préparation en cas de catastrophe peuvent aussi constituer une source importante de renseignements. Les discussions collectives avec la population sinistrée peuvent aussi éclairer l'équipe sur les croyances et pratiques culturelles en vigueur.

Il faut expliquer clairement les méthodes qui seront employées pour recueillir l'information ainsi que les limites de sa fiabilité. Il ne faut jamais présenter les renseignements obtenus de manière à présenter la situation réelle sous un jour trompeur.

7. **Questions sous-jacentes** : le bilan doit reposer sur la prise en compte des prérogatives dont jouissent les personnes sinistrées en vertu du droit international. L'évaluation initiale et l'analyse ultérieure doivent établir que les problèmes sous-jacents d'ordre structurel, politique, sécuritaire, économique, démographique et environnemental propres à la région ont été compris. Il est impératif de tenir compte de l'expérience ainsi que de l'avis de la population sinistrée lorsque l'on analyse la dynamique et l'impact de la nouvelle situation d'urgence. Cela exige de s'appuyer sur les compétences et les connaissances locales lors de la collecte des données et de l'analyse des ressources, capacités, vulnérabilités et besoins. Il faut aussi prendre en compte les conditions de vie actuelle ainsi que le cadre dans lequel vivaient les personnes déplacées et la population résidente de la région, avant la catastrophe.
8. **Groupes à risque** : les besoins des groupes qui risquent de souffrir tout particulièrement de la situation – femmes, adolescentes, mineurs sans famille, enfants, personnes âgées et handicapées – doivent faire l'objet d'une attention particulière. Il convient de déterminer les rôles que le système social attribue respectivement aux hommes et aux femmes.
9. **Retour à la normale** : une analyse et une réflexion sur la période de retour à la normale doivent aussi faire partie de l'évaluation initiale, de sorte que les interventions visant à satisfaire les besoins d'urgence (immédiats) puissent faciliter la réadaptation de la population sinistrée.
10. **Rapports avec la population hôte** : l'aménagement d'installations d'approvisionnement en eau et d'hygiène au profit de populations déplacées dans des zones d'installation d'urgence peut susciter le ressentiment des collectivités voisines, surtout lorsque les ressources

existantes – l'eau, par exemple – sont insuffisantes ou doivent être partagées avec les nouveaux arrivants. Dans le souci de minimiser les possibilités de tension, il est recommandé de consulter les autorités locales et, dans les cas appropriés, d'oeuvrer à l'amélioration de l'infrastructure en place. De même, lorsque des personnes déplacées sont réparties au sein d'une population hôte, les plans doivent tenir compte des pressions supplémentaires exercées sur l'infrastructure et les ressources disponibles.

## Norme 2 d'analyse : suivi et évaluation

Les résultats du programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la mesure dans laquelle les problèmes de santé connexes ont été résolus ainsi que l'évolution de la situation font l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

### Indicateurs clés

- Les informations destinées au suivi et à l'évaluation sont recueillies à temps et sont utiles ; elles sont consignées et dépouillées en respectant les critères de précision, de logique, de cohérence et de transparence.
- Des systèmes sont en place pour pouvoir recueillir, de manière systématique, des informations sur :
  - la consommation d'eau,
  - la qualité de l'eau,
  - le système d'approvisionnement en eau et son fonctionnement,
  - l'accès aux points d'eau,
  - l'accès aux latrines,
  - diverses activités (lutte antivectorielle, évacuation des déchets solides et drainage).
- L'utilisation de l'eau ainsi que des installations et du matériel sanitaires fait l'objet d'une surveillance.
- L'accès à l'eau et aux installations sanitaires ainsi que les problèmes de santé connexes au sein de la population vivant à proximité d'une zone d'installation d'urgence font l'objet d'une surveillance.
- La sécurité de l'accès à l'eau et aux installations sanitaires pour les groupes vulnérables, en particulier pour les femmes et les adolescentes, fait l'objet d'une surveillance.



- Femmes, hommes et enfants de la population sinistrée sont consultés, à intervalles réguliers, et associés aux activités de suivi.
- Il est régulièrement rédigé des rapports au sujet de l'impact que le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement a sur la population sinistrée. Il y a aussi compte rendu sur tout changement de situation ou autre facteur qui pourrait justifier de modifier le programme.
- Des systèmes sont en place pour permettre le flux des informations entre le programme, les autres secteurs, la population affectée, les autorités locales compétentes, les donateurs et d'autres intervenants, selon les besoins. Il y a échange régulier de données entre le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et le système d'information sur la santé. (Voir Services médicaux, chapitre 5).
- Les activités de suivi fournissent des informations sur la manière dont le programme répond aux besoins des groupes cibles au sein de la population affectée.
- Le programme est évalué par rapport aux objectifs déclarés et aux normes minimales convenues dans le but de mesurer l'efficacité globale de l'intervention et son impact sur la population affectée.

## Notes de référence

1. **Utilisation des informations de suivi** : les situations d'urgence sont, par définition, à la fois volatiles et dynamiques. Il est donc vital de disposer d'un flux régulier d'informations tenues à jour, si l'on veut que les programmes restent adaptés aux besoins. Les informations tirées du suivi continu des programmes doivent être intégrées dans les examens périodiques et les bilans. Dans certaines circonstances, il faudra peut-être modifier la stratégie en réponse à un changement majeur de la situation ou des besoins. Voir, en appendice 4, une suggestion de lectures sur les questions de bilan, de suivi et d'évaluation.
2. **Coopération avec les autres secteurs** : les données obtenues dans le courant du bilan servent de premières données de référence pour le système d'information sur la santé (voir Services médicaux, chapitre 5) ainsi que pour les activités de suivi et d'évaluation du programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Les activités de suivi et d'évaluation exigent une coopération étroite avec les autres secteurs.

3. **Usage et diffusion de l'information** : les données recueillies doivent avoir un lien direct avec le programme ; en d'autres termes, elles doivent être utiles – et utilisées. Elles doivent être communiquées, en fonction des besoins, aux autres secteurs et agences ainsi qu'aux populations sinistrées. Le moyen de communication utilisé (méthodes de diffusion, langue, etc...) doit être convenable pour le public visé.
4. **Personnes chargées du suivi** : lorsqu'il y a lieu de consulter la population affectée pour le suivi, il est bon de faire appel à des personnes capables de recueillir des informations auprès de tous les groupes de la population sinistrée, d'une manière acceptable selon les normes culturelles, en tenant compte tout particulièrement du sexe et des connaissances linguistiques. Il convient d'encourager la participation des femmes.
5. **Recours aux installations** : le degré d'utilisation des installations et du matériel peut être tributaire de facteurs tels que sécurité, commodité, qualité et convenance par rapport aux besoins et aux coutumes. Par exemple, surveiller les points d'eau et les latrines revêt une importance cruciale pour la sécurité des femmes et des enfants parce que les agressions sexuelles ont souvent lieu à ces endroits. Dans toute la mesure du possible, il convient de traiter les facteurs limitant le recours aux installations en modifiant le programme. Il est crucial de veiller à ce que les consultations menées avant et pendant la mise en oeuvre du programme prévoient suffisamment de discussions avec les femmes, vis-à-vis desquelles les contraintes d'utilisation s'avéreront vraisemblablement les plus fortes.
6. **Evaluation** : le bilan final compte parce qu'il mesure l'efficacité du programme, permet de tirer les enseignements pour mieux se préparer, amoindrir les effets d'une catastrophe et intervenir à l'avenir, et encourage l'acceptation des responsabilités. En l'occurrence, l'évaluation prévoit deux processus liés entre eux :
  - a) Le bilan final interne d'un programme est normalement dressé par le personnel de l'agence dans le cadre du processus régulier d'analyse et d'examen des informations obtenues au travers du suivi. L'agence doit aussi évaluer l'efficacité de tous ses programmes dans une situation de catastrophe donnée ou comparer les programmes menés à bien d'un contexte à un autre.
  - b) Le bilan final externe peut, à l'inverse, entrer dans le cadre d'un exercice plus vaste d'évaluation définitive menée par les agences

et les bailleurs de fonds, au terme, par exemple, de la phase aiguë d'une situation d'urgence. Pour ce type de bilan, il est important que les techniques et les moyens utilisés cadrent avec l'envergure et les caractéristiques du programme et que le rapport décrive la méthodologie suivie ainsi que les démarches retenues pour parvenir aux conclusions. Les résultats du bilan doivent être portés à la connaissance de tous les intervenants dans la crise humanitaire, y compris à celle de la population affectée.

### Norme 3 d'analyse : participation

La population sinistrée a la possibilité de participer à l'élaboration des plans et des modalités de mise en oeuvre du programme d'assistance.

#### Indicateurs clés

- Les femmes et les hommes de la population sinistrée sont consultés et participent aux prises de décisions touchant à l'évaluation des besoins, aux plans et aux modalités de mise en oeuvre du programme.
- Les femmes et les hommes de la population sinistrée reçoivent des informations sur le programme d'assistance et ont la possibilité de faire part de leur avis à l'agence humanitaire.

#### Notes de référence

1. **Équité** : les modalités de participation des personnes sinistrées à la prise de décisions, aux plans et modalités de mise en oeuvre des activités sont de nature à donner au programme un caractère équitable et probant. Un effort particulier doit être consenti pour promouvoir la participation des femmes ainsi qu'une représentation équilibrée des deux sexes dans le programme d'assistance. S'impliquer dans le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement peut aussi aider les personnes à renforcer leur sentiment de dignité et d'amour-propre malgré la crise. Cela peut promouvoir le sens de la communauté et d'appartenance, facteur propice à la sûreté et à la sécurité des personnes bénéficiaires de l'assistance comme de celles qui sont responsables de sa mise en oeuvre.

2. **Diversité des formes de participation aux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement** : par exemple, en devenant membre de l'équipe du bilan, en participant à la prise de décisions (comme fixer les conditions qui permettent d'aller aux toilettes et de se laver dans la dignité, le confort et la sécurité), en diffusant des informations (dont facteurs liés à la culture ou au sexe influant sur l'accès aux installations et sur leur utilisation) et en contribuant à définir les problèmes de sécurité.
3. **Comités de coordination** : c'est un moyen de veiller à ce que les personnes participent au programme d'assistance. Il ne faut pas perdre de vue les facteurs de sexe, d'âge et de milieu socio-économique pour que ces comités soient bien représentatifs de la population sinistrée. Responsables politiques reconnus, chefs de la communauté – hommes et femmes confondus – et dirigeants spirituels doivent aussi être représentés. Les rôles et les fonctions du comité de coordination doivent être convenus lors de sa constitution.
4. **Sollicitation d'avis et d'opinions** : on peut aussi encourager la participation par des sondages et des discussions menés à intervalles réguliers lors d'opérations de distribution, en visitant les familles ou en abordant des préoccupations d'ordre individuel. Les discussions collectives avec la population sinistrée peuvent aussi éclairer l'équipe sur les croyances et pratiques culturelles en vigueur.

## 2 Approvisionnement en eau

Partout dans le monde, l'eau revêt une importance essentielle pour la boisson, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle et domestique. Dans certains cas extrêmes, il n'y a pas toujours assez d'eau à disposition pour couvrir les besoins physiologiques ; c'est alors qu'il est primordial d'assurer à la population assez d'eau potable pour lui permettre de survivre. Dans la plupart des situations cependant, les grands problèmes de santé dus à un approvisionnement en eau insuffisant sont liés soit aux mauvaises conditions d'hygiène qui en résultent, soit à la consommation d'eau contaminée, à un stade ou à un autre.

### Norme 1 d'approvisionnement en eau : accès et quantité d'eau

Toutes les personnes ont accès à des quantités suffisantes d'eau pour boire, faire cuire les aliments et maintenir une bonne hygiène personnelle et domestique. Les points d'eau publics sont suffisamment proches des habitations pour permettre l'utilisation de la quantité d'eau correspondant aux besoins minimaux.

#### Indicateurs clés

- 15 litres d'eau par personne et par jour, au moins, sont collectés.
- A chaque point d'eau, le débit est de 7,5 litres, au moins, à la minute.
- Il y a, au moins, un point d'eau pour 250 personnes.
- La distance entre un abri et le point d'eau le plus proche est, au plus, de 500 mètres.

### Norme 2 d'approvisionnement en eau : qualité de l'eau

Au point de collecte, l'eau est de goût agréable et de qualité suffisante pour être bue et utilisée pour l'hygiène personnelle et domestique sans entraîner, sur le plan de la santé, des risques significatifs liés aux maladies transmises par l'eau ou à la contamination chimique ou radioactive, même en cas d'utilisation à court terme.

#### Indicateurs clés

- On ne compte pas plus de 10 bactéries fécales coliformes par 100 ml au point de distribution d'eau non désinfectée.
- Une enquête sanitaire indique que les risques de contamination due aux matières fécales sont faibles.
- Pour tout approvisionnement d'eau par voie de canalisations qui est destiné à plus de 10.000 personnes ou pour tout approvisionnement d'eau lorsqu'il y a risque, ou présence, d'une épidémie de maladies diarrhéiques, l'eau est traitée avec un désinfectant rémanent pour atteindre une norme acceptable (par exemple, au robinet : 0,2 à 0,5 mg de chlore résiduel par litre et turbidité inférieure à 5 UTN).
- La concentration totale de solides dissous ne dépasse pas 1.000 mg par litre (environ 2.000  $\mu\text{S}/\text{cm}$  de conductivité pour une mesure de champ simple) et l'eau est de goût agréable pour les utilisateurs.
- Aucune conséquence majeure, néfaste pour la santé n'est à craindre par suite d'une contamination chimique ou radioactive, même en cas d'utilisation à court terme ou pendant la période prévue d'utilisation de l'eau de source (résidus du traitement chimique de l'eau compris) et le bilan n'indique aucun risque important de ce type.

### Norme 3 d'approvisionnement en eau : installations et matériel

Les personnes disposent des installations et du matériel adéquats pour aller chercher, stocker et utiliser des quantités suffisantes pour la boisson, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle et pour garder l'eau suffisamment salubre jusqu'à ce qu'elle soit employée.

## Indicateurs clés

- Chaque ménage dispose de deux récipients pour aller chercher l'eau (d'une contenance de 10 à 20 litres) ainsi que de réservoirs pour stocker l'eau (20 litres). Les récipients servant à recueillir et à conserver l'eau ont des goulots étroits et, ou sont munis de couvercles.
- Chaque personne dispose de 250 grammes de savon par mois.
- Lorsque des bains publics communautaires sont nécessaires, les alcôves sont en nombre suffisant pour pouvoir se laver à une fréquence et à des heures acceptables, hommes et femmes disposant d'installations séparées
- Lorsque des installations collectives permettant de faire la lessive sont nécessaires, il y a un lavoir pour 100 personnes ; un espace à l'écart est mis à la disposition des femmes pour leur permettre de laver et de faire sécher sous-vêtements et serviettes hygiéniques en tissu.

## Notes de référence

1. **Besoins** : les quantités exactes d'eau nécessaires pour l'usage domestique peuvent varier, en fonction du climat, des installations sanitaires à disposition, des habitudes de la population, de leurs pratiques religieuses et culturelles, des aliments consommés, des vêtements portés, etc. Dans certaines situations, on peut avoir besoin d'eau en grandes quantités dans un but précis (par exemple, pour vider des toilettes sans chasse d'eau, maintenir en état de fonctionnement un système d'égout ou d'adduction d'eau en milieu urbain ou abreuver des animaux essentiels pour la subsistance et le bien-être de la population sinistrée. Les quantités d'eau requises pour ces usages ne sont pas incluses dans les normes minimales et doivent donc, si besoin est, être ajoutées aux volumes minimum. De même, les quantités d'eau dont ont besoin établissements médicaux, centres de nutrition thérapeutique, orphelinats, etc. ne figurent pas dans les chiffres types et devraient être ajoutées, le cas échéant. Voir, en appendice 2, les quantités supplémentaires recommandées.
2. **Qualité microbiologique de l'eau** : dans la plupart des situations d'urgence, la propagation des maladies transmises par voie hydrique est due autant au manque d'eau pour l'hygiène personnelle et domestique qu'à l'approvisionnement en eau contaminée. Lorsqu'on applique les normes de qualité microbiologique de l'eau dans un contexte d'urgence, il faut tenir compte du risque de surinfection

causée par des maladies d'origine hydrique qui proviennent, d'une part, de l'eau fournie et, d'autre part, d'autres sources d'eau que les personnes sont susceptibles d'utiliser. Pour les approvisionnements à plus long terme, voir WHO *Guidelines for Drinking Water Quality* (1984) (*Lignes directrices de l'OMS en matière de qualité d'eau potable*).

3. **Désinfection de l'eau** : il y a lieu de traiter l'eau avec un désinfectant rémanent, comme le chlore, en cas de risque important de contamination de la source ou de contamination après la collecte. Ce danger dépendra des conditions en vigueur dans le site d'installation (densité de la population, mesures prises pour éliminer les excréta, pratiques d'hygiène, prévalence des maladies transmises par l'eau, etc.) En règle générale, toute eau transportée par canalisation et destinée à une zone à forte densité démographique doit être traitée avec un désinfectant rémanent tel que le chlore, et en cas de menace ou d'existence d'une épidémie de maladies diarrhéiques, toute l'eau fournie doit être traitée soit avant d'être distribuée, soit dans les habitations.
4. **Contamination chimique et radioactive** : lorsque les données hydrogéologiques ou l'existence de certaines activités industrielles font craindre que l'eau pose des risques chimiques ou radiologiques pour la santé, il convient d'évaluer rapidement ces dangers et de peser, ensuite, les risques à court terme en matière de santé publique ainsi que les avantages de l'approvisionnement en eau. La décision d'employer, à plus long terme, une eau qui risque d'être contaminée ne doit être prise qu'au terme d'une analyse et d'un bilan plus approfondis. Pour les approvisionnements à plus long terme, voir WHO *Guidelines for Drinking Water Quality* (1984) (*Lignes directrices de l'OMS en matière de qualité d'eau potable*).
5. **Goût** : le goût, en lui-même, ne représente pas un problème direct de santé mais, si les consommateurs trouvent l'eau saine qui leur est fournie de goût désagréable, ils risquent de boire de l'eau provenant de sources insalubres et mettre ainsi leur santé en danger. Le problème peut aussi se poser avec la fourniture d'eau chlorée. Les caractéristiques gustatives de l'eau dépendent de ce à quoi le consommateur est habitué et il faut donc vérifier sur le terrain avant de conclure au caractère acceptable ou non de l'eau ou à la nécessité de mener des activités de sensibilisation pour inciter la population à ne consommer que de l'eau sans danger.

6. **Qualité de l'eau fournie aux centres de soins** : hormis de faibles quantités d'eau très pure nécessaires pour certains appareils médicaux, l'eau fournie aux centres de soins n'a pas à être de qualité supérieure à celle fournie à la population dans son ensemble, sauf si la concentration de certains produits chimiques est particulièrement élevée. Cependant, du fait de la présence probable de nombreux organismes pathogènes dans les centres de soins médicaux, et de la vulnérabilité des patients, l'eau doit être désinfectée avec du chlore ou tout autre désinfectant rémanent. De plus, le matériel destiné au stockage de l'eau doit être conçu et utilisé de façon à prévenir toute contamination. Les enfants très jeunes pouvant être sensibles à certains polluants chimiques, il convient de s'assurer de l'absence de ce risque auprès du personnel médical.
7. **Qualité / quantité** : pendant la phase d'urgence, il y a lieu de surveiller tant la quantité d'eau mise à disposition que sa qualité. Jusqu'à ce que l'on parvienne à respecter les normes minimales, en quantité comme en qualité, la priorité doit être d'offrir un accès équitable à une quantité d'eau suffisante de qualité moyenne, et non de fournir une quantité d'eau insuffisante correspondant aux critères minimum de qualité. Si la qualité microbiologique de l'eau est sérieusement douteuse, il faut alors la traiter avec un désinfectant rémanent, à titre de première mesure pour en améliorer la qualité.
8. **Accès et équité** : même si une quantité d'eau suffisante est à disposition pour couvrir les besoins élémentaires, il est possible qu'il faille prendre des mesures supplémentaires pour garantir l'accès équitable à cette ressource. Faute d'avoir des points d'eau suffisamment proches de leurs habitations, les personnes ne parviendront pas à se procurer suffisamment d'eau pour satisfaire leurs besoins. En milieu urbain, il faudra peut-être fournir de l'eau, maison par maison, pour s'assurer que les toilettes continuent à fonctionner. Voire rationner l'eau pour veiller à ce que les besoins essentiels de chacun soient couverts. Si l'eau doit être rationnée ou pompée à des heures données, il faudra que ces horaires conviennent aux femmes et autres personnes chargées d'aller chercher l'eau. Femmes et hommes de la population sinistrée doivent savoir ce à quoi ils ont droit et être associés au suivi qui permettra d'assurer un partage équitable des ressources en eau.

9. **Collecte et stockage de l'eau** : les personnes ont besoin de récipients pour aller chercher l'eau, la stocker et s'en servir pour faire la lessive, la cuisine et se laver. Ces conteneurs doivent être hygiéniques et appropriés aux besoins et habitudes de la population (sous l'angle des dimensions, de la forme et de la conception).
10. **Bains publics et installations connexes** : les personnes peuvent avoir besoin d'un endroit pour faire leur toilette à l'abri des regards. Si les abris familiaux ne s'y prêtent pas, des installations centrales peuvent être nécessaires. Il est très important, pour l'hygiène, de pouvoir laver les vêtements, en particulier ceux des enfants ; en outre, les ustensiles de cuisine et les couverts doivent être nettoyés. Il est impossible de définir des normes universelles applicables à ces activités mais s'il faut quelque installation pour ce faire, alors il convient de les mettre à disposition. Les plans, le nombre et l'emplacement de ces équipements doivent être arrêtés en liaison avec les futurs utilisateurs, en particulier avec les femmes. Parmi les facteurs essentiels à prendre en compte, citons la sécurité, le caractère approprié et commode pour les utilisateurs, surtout les femmes et les adolescentes, dont il faut solliciter les vues en matière d'emplacement et de plans. Tout comme dans le cas des latrines, des installations situées à distance du centre du site d'installation risquent d'exposer les personnes de sexe féminin à un risque d'agression accru.



### 3 Élimination des excreta

L'élimination adéquate des excreta humains est la première façon de faire obstacle à la transmission des maladies par cette voie, de manière directe et indirecte. Éliminer ces matières est donc une première priorité, au même titre -- en termes de délais et d'efforts -- que l'approvisionnement en eau, dans la plupart des situations d'urgence. La mise à disposition d'installations appropriées pour la défécation figure parmi les interventions d'urgence essentielles à la dignité, à la sécurité, à la santé et au bien-être des personnes.

#### Norme 1 d'élimination des excreta : nombres de latrines et conditions d'accès

Les latrines sont en nombre suffisant et assez proches des habitations pour permettre un accès rapide, sûr et dans des conditions acceptables, à tout moment, de jour comme de nuit.

##### Indicateurs clés

- 20 personnes, au maximum, se servent des mêmes latrines.
- L'usage des latrines est organisé par famille(s) et/ou par sexe.
- Les latrines ne sont pas situées à plus de 50 mètres des habitations, le trajet étant, au plus, d'une minute.
- Les lieux publics (marchés, centres de distribution, établissements de santé, etc.) sont équipés de toilettes séparées pour les hommes et les femmes.

#### Norme 2 d'élimination des excreta : plans et construction des latrines

Les personnes ont accès à des latrines qui sont conçues, construites et entretenues de manière à être confortables, hygiéniques et utilisables en toute sécurité.

##### Indicateurs clés

- Tous les types de latrines (familiales ou publiques) obéissent à des plans et à des normes de construction dûment fondés sur le plan technique, qui ont été approuvés par les futurs utilisateurs.
- Le nettoyage et l'entretien courants des latrines publiques sont prévus et correctement effectués.
- Les latrines sont conçues, construites et situées de manière à offrir les caractéristiques suivantes :
  - elles sont faciles à garder suffisamment propres pour encourager la population à s'en servir et ne présentent aucun risque pour la santé,
  - elles sont accessibles et faciles à utiliser par tous les segments de la population, notamment les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental,
  - elles sont éclairées la nuit, si besoin est, pour des raisons de sécurité ou de commodité,
  - il est possible de se laver les mains à proximité des latrines,
  - la possibilité qu'elles favorisent la prolifération des mouches et des moustiques est minimisée,
  - elles prévoient un endroit où les femmes peuvent déposer leurs serviettes hygiéniques jetables ou un lieu à l'écart pour laver et faire sécher les garnitures en tissu,
  - le degré d'intimité offert par les latrines correspond aux habitudes des utilisateurs.

- Dans la plupart des sols, les latrines et les puisards sont situés à 30 mètres, au moins, de toute source d'eau de surface et le fond des latrines n'est jamais à moins de 1,5 mètre au-dessus du niveau de la nappe phréatique. Les boues d'excreta ne sont pas drainées ou ne débordent en direction d'aucune source d'eau de surface ou souterraine peu profonde.
- Les personnes obtiennent des outils et des matériaux pour construire, entretenir et nettoyer leur propres latrines, dans les cas appropriés.

### Notes de référence

1. **Acceptabilité des installations** : le succès des programmes d'élimination des excréta repose sur une bonne compréhension des besoins variés de la population ainsi que sur la participation des personnes, qui sont supposées se servir de lieux d'aisance auxquels elles ne sont pas forcément habituées et qu'elles peuvent trouver difficiles ou inconfortables à utiliser. Les plans, la construction et l'emplacement des latrines doivent tenir compte des préférences des futurs usagers.
2. **Excreta des enfants** : une attention particulière doit être portée aux excréta des enfants dont la teneur en agents infectieux est fréquemment plus élevée que chez les adultes, d'où leur plus grande dangerosité. Parents et proches doivent être impliqués et les installations sanitaires doivent être conçues et construites en pensant aux enfants. Il faudra peut-être expliquer aux parents et aux proches comment éliminer correctement les excréta des nouveaux-nés et laver leurs langes.
3. **Toilette anale** : de l'eau doit être à disposition là où il est d'usage de faire ses ablutions après avoir déféqué. A d'autres personnes, il faudra peut-être fournir du papier hygiénique ou autre moyen de procéder à une toilette anale. L'avis des utilisateurs doit être sollicité pour définir ce qui leur convient le mieux.
4. **Lavage des mains** : après avoir déféqué, les utilisateurs des latrines doivent pouvoir se laver les mains avec du savon ou tout autre produit similaire ; le cas échéant, ils doivent être encouragés à se laver les mains, car cette habitude constitue un frein important à la propagation des maladies.
5. **Menstruation** : les femmes et les jeunes filles nubiles doivent disposer d'articles convenables pendant leurs règles. Si c'est l'agence qui doit les fournir, il convient de demander aux intéressées ce qui leur

convient le mieux. Lorsque les femmes utilisent des serviettes en tissu, elles doivent avoir un endroit à l'écart pour pouvoir les laver et les faire sécher dans de bonnes conditions d'hygiène.

6. **Toilettes hygiéniques** : si les latrines ne sont pas tenues propres, elles risquent de devenir un foyer de transmission de maladies et, dans ce cas, les utilisateurs préféreront ne pas s'en servir. Le nettoyage et l'entretien de tout type de latrine est donc un sujet qu'il convient de traiter. Les usagers des latrines seront plus enclins à les nettoyer s'ils se sentent directement concernés. Pour ce faire, les latrines doivent être installées à proximité du lieu où les gens se reposent -- en évitant, toutefois, une trop grande concentration de ces structures et en associant, si possible, les utilisateurs à la prise de décisions concernant les plans et la construction de ces équipements.
7. **Installations communes** : il n'est pas toujours possible de mettre immédiatement à disposition une latrine par groupe de 20 personnes, ou par famille. A court terme, il n'est pas rare que des installations communes soient nécessaires. L'accès à ces toilettes collectives peut être assuré en associant les futurs utilisateurs aux décisions (catégories d'usagers, modalités d'usage collectif et responsabilité du nettoyage). Cela peut signifier qu'hommes et femmes n'utiliseront pas les mêmes latrines ou que plusieurs familles emploieront les mêmes. Les modalités de partage de ces équipements évolueront à mesure que le nombre de toilettes augmente. Dans certaines situations, il faudra peut-être fournir, nettoyer et entretenir des latrines publiques pour une partie seulement, ou pour l'ensemble, de la population. Il est important, d'une part, que les latrines soient en nombre suffisant et que, d'autre part, chacun sache où elles se trouvent et puisse s'y rendre en cas de besoin.
8. **Distance entre les installations sanitaires et les sources d'eau** : les distances mentionnées ci-dessus doivent être augmentées en présence de roches fissurées ou de calcaire ou, inversement, diminuées dans le cas d'un sol fin. La pollution des eaux souterraines n'est pas à craindre si cette eau n'est pas destinée à être consommée.
9. **Sécurité** : dans les sites d'installation bondés, notamment, il est essentiel de penser à la sécurité des usagers de latrines, tout particulièrement à celle des femmes et des jeunes filles. Les toilettes situées à distance des zones habitées, ou mal éclairées, les exposent à un risque d'agression accru.



## 4 Lutte antivectorielle

Les maladies transmises par un vecteur sont une cause majeure de morbidité et de mortalité dans de nombreuses situations d'urgence. Si le paludisme est probablement la maladie à vecteur qui inquiète le plus sur le plan de la santé publique, plusieurs autres affections peuvent constituer une menace sanitaire d'ordre majeur. Les mouches jouent souvent un rôle important dans la propagation des troubles diarrhéiques. La lutte contre les maladies à vecteur exige des efforts dans plusieurs domaines, y compris dans les secteurs des services médicaux, des abris, de la sélection et de l'aménagement des sites ainsi que dans le domaine de l'hygiène du milieu (approvisionnement en eau, élimination des excréta, des déchets solides et des eaux usées). Si les maladies transmises par un vecteur sont de nature complexe et les problèmes qui leur sont liés appellent souvent le concours de spécialistes, beaucoup peut être fait grâce à des mesures simples et efficaces, une fois que l'affection, son vecteur et leur interaction avec la population bénéficiant de l'assistance ont été identifiés.

Tout en n'étant pas une priorité de santé publique, les insectes nuisibles comme les punaises de lit peuvent susciter de graves désagréments, la perte de sommeil et méritent souvent qu'on leur prête attention, en raison de leur impact indirect sur le bien-être des personnes.

### Norme 1 de lutte antivectorielle : protection individuelle et familiale

Les personnes ont les moyens de se protéger contre les vecteurs de maladies et les animaux nuisibles lorsque ceux-ci représentent un risque important sur le plan de la santé et du bien-être.

#### Indicateurs clés

- Toutes les populations exposées à un risque de maladie à vecteur ont des abris équipés de moyens de lutte contre les insectes.

- Des mesures de lutte contre les poux, selon une norme convenue, sont prises partout où il existe une menace de typhus ou de fièvre récurrente propagée par ces insectes.

### Norme 2 de lutte antivectorielle : mesures physiques, environnementales et chimiques de protection

Le nombre de vecteurs pathogènes et d'animaux nuisibles qui mettent en péril la santé et le bien-être des personnes est maintenu à un niveau acceptable.

#### Indicateurs clés

- Les groupes vulnérables sont installés en dehors de la zone impaludée.
- Les populations de moustiques propageant le paludisme sont maintenues à un niveau assez bas pour éviter le risque d'un développement trop important de la maladie.
- Les sites de reproduction ou de repos des vecteurs sont assainis partout où cela est nécessaire et faisable.
- Les rats, les mouches et autres parasites, ainsi que les nuisances mécaniques, sont maintenus à des niveaux acceptables.
- Une lutte intensive contre les mouches est menée dans les zones d'installation à forte densité démographique, en cas de menace ou d'existence d'une épidémie de maladies diarrhéiques.

### Norme 3 de lutte antivectorielle : principes de bonne pratique en matière de moyens chimiques

Les mesures de lutte antivectorielle faisant appel aux pesticides sont appliquées en conformité avec les normes fixées sur le plan international, d'une part, pour protéger le personnel des agences, la population sinistrée et le milieu naturel de manière adéquate et, d'autre part, pour éviter de créer une résistance aux pesticides.

## Indicateurs clés

- La protection du personnel est assurée par les moyens suivants : formation, port de vêtements spéciaux, encadrement et limite du nombre d'heures passées à manipuler des pesticides.
- L'achat, le transport, le stockage et l'élimination des pesticides, ainsi que le matériel d'épandage, obéissent aux normes internationales, ce que l'agence peut prouver à tout moment.
- Les personnes sont informées des risques potentiels que présentent les pesticides et connaissent leur fréquence d'utilisation. Elles sont protégées pendant et après l'épandage, conformément à des procédures acceptées à l'échelle internationale.
- Le choix du pesticide et la méthode d'épandage sont conformes aux protocoles nationaux et internationaux.
- La qualité du pesticide employé ainsi que celle du produit utilisé pour imprégner les moustiquaires sont conformes aux normes internationales.

## Notes de référence

1. **Liens avec les autres secteurs** : la sélection du site est un moyen important de limiter le risque, pour la population, de contracter une maladie à vecteur. Cette menace est l'un des facteurs clés à prendre en compte avant de choisir un emplacement. Les activités médico-sanitaires peuvent contribuer à réduire la prévalence des agents pathogènes par le biais de traitements efficaces, de campagnes de vaccination ou de prophylaxie. En outre, la lutte contre les maladies à vecteur doit aller de pair avec les activités menées tant dans le secteur de la santé que dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Grâce à leur impact sur la santé et le bien-être de la population, les services médicaux peuvent, au même titre que le soutien nutritionnel, contribuer à réduire l'incidence des maladies transmises par un vecteur.
2. **Définition du risque de maladie à vecteur** : les décisions portant sur les actions de lutte contre les vecteurs doivent reposer sur une évaluation du risque accentué de morbidité ainsi que sur les preuves cliniques de l'existence d'un problème de maladie à vecteur. Parmi les facteurs influant sur ce risque, citons :

- le statut immunitaire de la population – exposition antérieure, manque nutritionnel et autres types de stress,
- type et prévalence des agents pathogènes – chez les vecteurs comme chez les humains,
- espèces et milieux des vecteurs,
- ampleur des populations de vecteurs (saison, lieux de reproduction, etc.),
- mesures de protection individuelle et de prévention en vigueur.

3. **Mesures de protection individuelle** : s'il existe un risque important de paludisme, il est recommandé que des mesures de protection individuelle (moustiquaires imprégnées d'insecticide, par exemple) soient prises systématiquement et aussi tôt que possible. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont, en outre, l'avantage d'offrir une certaine protection contre les poux, les punaises et les phlébotomes. Il existe d'autres mesures de protection individuelle qui peuvent être appropriées et qui sont déjà couramment utilisées par les personnes ayant l'habitude des moustiques (port de vêtements à manches longues, fumigation des habitations, emploi de moustiquaires et de produits qui éloignent les moustiques). Il est essentiel de veiller à ce que les utilisateurs puissent accepter des mesures de protection individuelle et y avoir recours, si l'on veut que celles-ci soient réellement efficaces.
4. **Lutte environnementale et chimique contre les vecteurs** : il existe une série de mesures rudimentaires relevant de la gestion de l'environnement qui permet de réduire les possibilités de reproduction des vecteurs dans le périmètre de la zone d'installation. Il s'agit, notamment, des mesures de lutte contre les mouches (élimination des excréta humains et animaliers ainsi que des détritiques) et contre les moustiques (assèchement des plans d'eau stagnante). La plupart des mesures prioritaires en matière d'hygiène du milieu (élimination des excréta et des détritiques, par exemple) auront quelque impact sur la population de certains vecteurs, mais pas de tous. Il pourrait être impossible de parvenir à influencer suffisamment, même à long terme, sur tous les sites où les insectes se reproduisent, cherchent leur nourriture et se reposent, à l'intérieur ou à proximité de la zone d'installation. Des mesures localisées de lutte chimique ou de protection individuelle peuvent donc s'imposer. Dans certaines circonstances, la pulvérisation d'insecticide peut se justifier et s'avérer efficace, en réduisant le

nombre d'insectes adultes : c'est notamment le cas lorsque des mesures sont prises contre les mouches en prévision, ou dans le courant, d'une épidémie de maladies diarrhéiques.

5. **Traitement des habitations et des personnes à l'aide d'insecticide** : la vaporisation d'un insecticide rémanent dans les foyers peut être un moyen efficace de lutte contre le paludisme. Le typhus et la fièvre récurrente que propagent les poux peuvent être évités grâce à un traitement des personnes contre ces insectes, qu'il soit préconisé dans le cadre d'une campagne de masse ou lorsque de nouveaux arrivants s'installent dans une zone d'installation.
6. **Indicateurs pour les programmes de lutte antivectorielle** : parmi les indicateurs permettant de mesurer l'impact de la plupart des activités de lutte antivectorielle, les plus simples sont l'incidence des maladies et les indices parasitaires (dans le cas du paludisme). Cependant, ces facteurs manquent de finesse et doivent être utilisés avec prudence et interprétés à la lumière d'autres éléments.
7. **Modalités de l'intervention** : les programmes de lutte contre les vecteurs risquent de n'avoir aucun impact sur les maladies s'ils se trompent de cible et visent le mauvais vecteur, font appel à des méthodes inefficaces, ou visent le bon vecteur, mais au mauvais endroit et au mauvais moment. Les informations médico-sanitaires peuvent faciliter la détection et le suivi d'un problème de vecteur mais une intervention probante exige une étude plus détaillée et, souvent, l'avis d'experts. Ces avis doivent être discutés avec les organisations nationales et internationales de santé, de manière à ce que l'on respecte les protocoles établis dans les pays et dans le monde pour définir le type de démarche le plus approprié ainsi que le choix et les modalités d'application correctes de tout produit chimique utilisé. Il convient aussi de solliciter l'opinion de la population sur les problèmes de santé locaux, les sites de reproduction des insectes nuisibles, les variations saisonnières du nombre des vecteurs, etc.

## 5 Evacuation des déchets solides

Faute d'évacuer les déchets solides organiques, les risques majeurs qui se présentent sont prolifération des mouches et des rats (voir Lutte antivectorielle) ainsi que pollution des eaux de surface. Les résidus solides non collectés qui s'accumulent, de même que les gravats résultant d'une catastrophe ou d'un conflit, peuvent aussi contribuer à la laideur et à la morosité de l'environnement, minant les efforts qui visent à améliorer d'autres aspects de l'hygiène du milieu. Les déchets solides peuvent bloquer les canalisations du système de drainage et causer des problèmes de santé liés à la présence d'eaux stagnantes et à la pollution des eaux de surface.

### Norme 1 d'évacuation des déchets solides : enlèvement et élimination

Les personnes vivent dans un environnement sans pollution majeure due aux déchets solides, résidus d'origine médicale compris.

#### Indicateurs clés

- Les détritiques ménagers sont évacués du périmètre de la zone d'installation ou enfouis avant qu'ils ne deviennent gênants ou présentent un risque pour la santé.
- On ne trouve, à aucun moment, dans la zone d'habitation ou dans les espaces publics, des déchets d'origine médicale contaminés ou dangereux (seringues, débris de verre, pansements, médicaments, etc.)
- Chaque établissement de soins dispose d'un incinérateur et d'une fosse permettant d'enfouir profondément les cendres, installations dont la conception, la construction et le fonctionnement sont corrects.
- Les marchés et les zones d'abattage des animaux disposent de fosses pour enfouir les détritiques, de poubelles ou de zones spécialement réservées au stockage des résidus ainsi que d'un système de ramassage quotidien.

- L'élimination définitive des déchets solides est menée en un lieu et de manière à éviter les conséquences néfastes sur la santé et sur l'environnement.

## Norme 2 d'évacuation des déchets solides : conteneurs et fosses

Les personnes ont la possibilité d'évacuer leurs déchets domestiques de manière pratique et efficace.

### Indicateurs clés

- Aucune habitation n'est située à plus de 15 mètres d'un conteneur pour détritiques ou d'une fosse pour y enfouir les déchets ou à plus de 100 mètres d'une fosse à ordures publique.
- Lorsque les ordures ménagères ne peuvent être enfouies sur place, un conteneur de 100 litres est à la disposition de 10 familles.

### Notes de référence

1. **Type et quantité de déchets** : dans les zones d'installation aménagées en situation d'urgence, la composition et la quantité des détritiques varient grandement en fonction de l'ampleur et de la nature de l'activité économique ainsi que du type d'aliments de base consommés par la population. L'ampleur de l'impact des déchets solides sur la santé des personnes doit être évalué de manière logique, afin de déterminer s'il est réellement nécessaire d'intervenir et, dans ce cas, de définir les mesures à prendre. Si l'habitude est de recycler les déchets solides au sein même de la communauté, cela doit être encouragé, aussi longtemps que cela n'entraîne aucun risque majeur pour la santé. Il y a lieu d'éviter de distribuer des articles qui produisent une grande quantité de déchets solides en raison de la manière dont ils sont emballés ou conditionnés sur place.
2. **Participation** : le succès de la plupart des programmes d'élimination des déchets dépend du degré de participation de la population concernée, qui doit jeter les ordures dans les conteneurs mis à sa disposition ou, le cas échéant, les enterrer. L'attention des parents, comme celle des enfants, doit être attirée sur le danger qu'il y a à jouer avec des déchets d'origine médicale, ou à les recycler.

3. **Déchets d'origine médicale** : des dispositions spéciales doivent être prises pour les déchets d'origine médicale. Ils doivent être éliminés dans l'enceinte même de l'établissement (centre de soins, pavillon d'isolement des malades du choléra, centre nutritionnel, etc.) et ne pas être mélangés avec les détritiques collectés dans la zone d'installation. La responsabilité en matière d'élimination des déchets d'origine médicale doit être clairement définie.
4. **Déchets laissés sur les marchés** : la plupart du rebut laissé sur les marchés peut être traitée de la même manière que les ordures ménagères. Les restes des abattoirs peuvent nécessiter un traitement particulier et des installations spéciales afin d'éliminer les déchets liquides produits et de s'assurer que l'abattage s'effectue dans de bonnes conditions d'hygiène.
5. **Dépouilles mortelles** : le taux de mortalité est souvent élevé dans les premières phases d'une situation d'urgence, ce qui exige de gérer une masse de cadavres, généralement en les enterrant dans de grandes fosses. Cimetières et fosses communes doivent être situés à 30 mètres, au moins, des sources d'eau souterraines utilisées pour la consommation humaine et le fond de toute tombe doit se trouver à 1,5 mètre, au moins, au-dessus de la nappe phréatique.

Lors d'une catastrophe naturelle, il est courant de croire que les dépouilles humaines causent des épidémies. Dans bien des cas, la gestion des corps repose sur l'idée erronée que, faute de les brûler ou de les enterrer sans tarder, ils posent un risque d'épidémie. En réalité, le risque sanitaire que présentent les dépouilles mortelles est négligeable. Toutefois, dans des cas particuliers, comme les épidémies de choléra ou de typhus, elles sont susceptibles de poser des risques spéciaux pour la santé. Des cimetières et des crématoriums doivent être prévus et aménagés dès les premiers temps d'existence d'une nouvelle zone d'installation, en concertation avec les membres de la population affectée. Des mesures doivent être prises afin de recueillir des données permettant de suivre l'évolution du taux de mortalité. Il faudra peut-être fournir du tissu, ou un autre matériau, aux familles pour envelopper le corps de leurs défunts, avant leur inhumation ou crémation. Selon les circonstances, la préoccupation majeure des survivants peut être de récupérer et d'identifier les dépouilles de leurs proches. Lorsque les personnes à enterrer ont été victimes de violence, il y a lieu de considérer les questions d'expertise médico-légale.

6. **Élimination des déchets solides** : quel que soit le moyen choisi pour éliminer les déchets solides (enfouissement ou incinération, par exemple), l'opération doit être menée de manière à éviter de créer des problèmes pour la santé ou l'environnement.

## 6 Drainage

Les eaux de surface, à l'intérieur et à proximité des zones d'installations aménagées en situation d'urgence, peuvent contenir des eaux usées provenant des ménages ou des points d'eau, de fuites dans les latrines ou les égouts, des eaux de ruissellement et de crue. Les grands problèmes de santé liés à la présence de ces eaux sont les suivants : contamination de l'eau fournie à la population et de son milieu de vie, dégâts occasionnés aux latrines et aux abris, reproduction des vecteurs de maladie et noyades. La présence d'eaux de surface à l'intérieur et à proximité de la zone d'installation peut, par contre, offrir des avantages en permettant à la population de faire ses ablutions ainsi que de laver les ustensiles de cuisine et les vêtements. Il convient donc de peser les avantages et les risques avant de décider de prendre ou non des mesures d'assèchement. La présente partie ne prend en compte que les problèmes et les activités de drainage d'ampleur limitée, les opérations majeures d'assèchement des eaux de surface étant, en général, réglées par voie de sélection et d'aménagement du site. (Voir le chapitre 4, Aménagement des sites et des abris.)

### Norme 1 de drainage : travaux

Les personnes disposent d'un environnement qui ne présente pas de risque majeur lié à l'érosion provoquée par l'eau, les eaux stagnantes, les eaux de ruissellement, les crues ainsi que par les eaux usées d'origine domestique ou médicale.

#### Indicateurs clés

- Il n'y a pas d'eaux usées stagnantes autour des points d'eau, ni ailleurs dans la zone d'installation.
- Les eaux de ruissellement s'écoulent comme il se doit.
- Les abris, les chemins et les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement ne sont ni inondés, ni érodés par les eaux.

## Norme 2 de drainage : installations et outils

Les personnes ont les moyens (installations, outils, etc.) d'évacuer de manière pratique et efficace les eaux usées domestiques et les eaux résiduaires des points d'eau, ainsi que de protéger leur habitation et les autres locaux, familiaux ou communautaires, contre les crues et l'érosion.

### Indicateurs clés

- Les personnes disposent d'un nombre suffisant d'outils pour effectuer de petits travaux de drainage et d'entretien, si besoin est.
- Le système de drainage des points d'eau est bien conçu, construit et entretenu. Cela concerne également les lieux où la population lave et fait ses ablutions ainsi que les points d'eau.

### Notes de référence

1. **Sélection et aménagement des sites** : le meilleur moyen d'éviter les problèmes de drainage consiste à bien choisir l'emplacement de la zone d'installation et de tracer de bons plans. (Voir au chapitre 4, Aménagement des sites et des abris, normes de sélection de site). Il n'est pas toujours possible de régler les problèmes de drainage que posent certains lieux ou plans d'eau à proximité.
2. **Campagne de sensibilisation** : lorsqu'il faut effectuer des travaux de drainage d'ampleur limitée pour protéger les latrines et les abris ainsi que pour éviter la stagnation des eaux usées provenant des ménages ou des points d'eau, il est peut-être utile d'y associer la population concernée. C'est alors que l'on peut être amené à fournir soutien technique et outils. Il faudra peut-être aussi offrir des informations et des solutions de rechange si les plans d'eau à proximité créent des risques pour la santé (bilharziose, par exemple) ou rendent la consommation de l'eau dangereuse.
3. **Evacuation des eaux et des excreta** : il faut veiller tout particulièrement à ce que les latrines et les égouts ne soient pas exposés aux risques d'inondation, de manière à éviter dommages structurels et fuites.

## 7 Promotion des règles d'hygiène

Le respect, ou le non-respect, des règles d'hygiène joue un rôle crucial dans la transmission des maladies liées à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement et la promotion de ces principes est largement considérée comme l'un des éléments essentiels de toute intervention d'urgence efficace dans ces secteurs. Il est difficile de mesurer l'impact de programmes de promotion des règles d'hygiène en situation d'urgence. Cependant, ces programmes peuvent être efficaces s'ils sont évalués, planifiés et exécutés de manière systématique et s'ils sont axés sur un nombre très limité de pratiques importantes susceptibles d'être rapidement modifiées. Il faut souligner que la promotion de ces principes ne doit jamais se substituer aux efforts visant à assurer un approvisionnement en eau et un assainissement de qualité, sans lesquels il ne peut exister de bonnes conditions d'hygiène.

### Définition de la promotion des règles d'hygiène

En l'espèce, la promotion des règles d'hygiène est définie comme la mise en commun, d'une part, du savoir, des pratiques et des ressources de la population et, d'autre part, des connaissances et des moyens de l'agence qui se conjuguent afin d'éviter les comportements à risque en matière d'hygiène. Pour être efficace, la promotion des règles d'hygiène doit s'appuyer sur l'échange d'informations entre l'agence et la communauté concernée, de manière à définir les problèmes essentiels en matière d'hygiène et à assurer la conception, l'exécution et le suivi d'un programme visant à encourager l'adoption de pratiques qui permettent d'écartier ces problèmes. Cette définition reconnaît qu'il faut encourager, parallèlement, le respect des règles d'hygiène et la mise à disposition des moyens matériels permettant de vivre de manière saine.



## **Norme 1 de promotion des règles d'hygiène : respect de ces principes et usage des installations sanitaires**

Tous les segments de la population affectée savent quelles pratiques leur font courir les plus grands risques pour la santé et sont en mesure de modifier leur comportement. Ils disposent d'informations et de moyens adéquats pour pouvoir utiliser l'eau et les installations sanitaires de manière à sauvegarder leur santé et leur dignité.

### **Indicateurs clés**

#### **1 Approvisionnement en eau**

- Les personnes utilisent de l'eau, à proximité, de la plus haute qualité possible.
- Les installations sanitaires publiques (douches, lavoirs, etc.) sont utilisées de manière convenable et équitable.
- La quantité moyenne d'eau utilisée pour la boisson, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle est, dans chaque ménage, d'au moins 15 litres par personne et par jour.
- Des couvercles (quand ils sont fournis) ferment les récipients à eau.
- Dans les récipients à eau potable, le taux moyen de contamination ne dépasse pas 50 bactéries fécales coliformes par 100 ml.

#### **2 Elimination des excréta**

- Les personnes se servent des latrines à disposition ; les excréta des enfants sont évacués et éliminés immédiatement, dans de bonnes conditions d'hygiène.
- Les personnes se servent des latrines de la manière la plus hygiénique possible, pour protéger à la fois leur propre santé et celle des autres.
- Les latrines familiales sont nettoyées et entretenues pour pouvoir être utilisées par tous ceux à qui elles sont destinées, respecter les règles d'hygiène et ne présenter aucun danger.
- Parents et proches montrent qu'ils ont compris la nécessité d'éliminer les excréta des enfants, dans de bonnes conditions d'hygiène.

- Familles et particuliers prennent part à un programme de latrines collectives en s'enregistrant auprès de l'agence, en creusant des fosses ou en recueillant des matériaux de construction.
- Les personnes se lavent ses mains après avoir déféqué ou touché des excréta d'enfants ainsi qu'avant de préparer des aliments et de manger.

#### **3 Lutte antivectorielle**

- La literie et les vêtements sont régulièrement aérés et lavés.
- Dans les zones où le paludisme est endémique :
  - les personnes qui disposent de moustiquaires imprégnées les utilisent, les entretiennent et les réimprègnent correctement,
  - aux heures de grande prolifération, chacun évite le contact des moustiques en utilisant les moyens à disposition,
  - les conteneurs propices à la reproduction des moustiques sont soit enlevés, soit régulièrement vidés ou munis d'un couvercle.

#### **4 Evacuation des déchets solides**

- Les déchets sont placés chaque jour dans des conteneurs en vue de leur ramassage, ou enterrés dans une fosse à ordures désignée à cet effet.
- Les parents, les autres proches et les enfants savent qu'il est dangereux de toucher des seringues et des pansements provenant d'établissements médicaux, lorsque la norme minimale concernant l'évacuation de ce type de déchets n'a pas été atteinte.

#### **5 Evacuation des eaux**

- Les zones situées autour des abris et des points d'eau sont exemptes de plans d'eau stagnante et les collecteurs d'eau de ruissellement sont régulièrement entretenus.
- La population demande des outils pour les travaux de drainage.
- Chacun fait en sorte de ne pas pénétrer dans des plans d'eau risquant de lui faire contracter la bilharziose.

#### **6 Obsèques**

- La population dispose des moyens et des informations nécessaires pour que les obsèques puissent se dérouler d'une manière qui respecte leur culture, sans poser de risque pour la santé.



## Norme 2 de promotion des règles d'hygiène : exécution du programme

L'ensemble des installations et des moyens à disposition tient compte des vulnérabilités, des besoins et des préférences de tous les segments de la population affectée. Dans les cas appropriés, les usagers sont associés à la gestion et à l'entretien des installations sanitaires.

### Indicateurs clés

- Les principaux risques, en matière d'hygiène, pouvant avoir des répercussions sur la santé publique, sont définis lors des bilans et dans les objectifs des activités visant la promotion des règles d'hygiène.
- La démarche de conception et d'exécution des programmes d'approvisionnement et d'assainissement comporte et met en oeuvre un mécanisme permettant à tous les utilisateurs d'apporter leur contribution.
- Au sein de la population, tous les groupes disposent des moyens ou des installations requis pour pouvoir adopter les pratiques recommandées en matière d'hygiène.
- Les activités de promotion des règles d'hygiène visent les comportements clés sous l'angle de la santé publique et des groupes définis comme étant prioritaires.
- Là où ils sont diffusés, les messages prônant le respect des règles d'hygiène sont compris et acceptés par leurs destinataires.
- Dans les cas appropriés, les usagers assurent la responsabilité de la gestion et de l'entretien des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

### Notes de référence

1. **Respecter les règles d'hygiène : une responsabilité conjointe des agences et de la population affectée** : comme pour toutes les autres normes, les agences n'auront pas forcément à intervenir pour promouvoir les règles d'hygiène mais voici des points qui méritent un suivi, de manière à pouvoir le faire en cas de nécessité. C'est à tous les membres de la population affectée qu'il incombe, en dernière instance, d'appliquer les règles d'hygiène. La responsabilité des agences humanitaires est de deux ordres : permettre le respect de ces principes

en veillant à ce que les personnes aient accès tant aux connaissances qu'aux installations nécessaires, et pouvoir démontrer que cet objectif a été atteint.

2. **Cibler les risques et les comportements à corriger en priorité en matière d'hygiène** : les activités de promotion des règles d'hygiène et les stratégies de communication doivent avoir des objectifs clairs pour ne pas édulcorer les messages clés, semer la confusion dans les esprits ou se tromper de destinataires. Les connaissances acquises lors du bilan de risques sur le plan de l'hygiène doivent être mises à profit pour planifier et hiérarchiser les priorités de l'assistance matérielle, de sorte que l'agence et la population concernée puissent échanger des informations utiles.

Il faut mener une évaluation pour définir les grands comportements à modifier en matière d'hygiène et mesurer les chances de succès des activités de promotion envisagées. Cette évaluation doit porter à la fois sur les moyens dont dispose la population et sur ses comportements, de sorte que les messages de promotion ne demandent pas l'impossible.

3. **Toucher tous les segments de la population** : les messages d'hygiène doivent être communiqués par des personnes ayant accès à tous les segments de la population. A titre indicatif, il est considéré déplacé pour une femme de parler à un homme qu'elle ne connaît pas, dans certaines cultures. Les supports utilisés doivent être conçus de manière à être compris par les personnes analphabètes.

## 8 Capacité en matière de ressources humaines et formation

Toutes les facettes de l'assistance humanitaire reposent sur les compétences, les connaissances et la motivation du personnel et des volontaires qui travaillent dans des conditions difficiles et souvent dangereuses. Ce qui est exigé de ces personnes peut être considérable et pour qu'elles puissent accomplir leurs tâches de manière à respecter les normes minimales, il est essentiel, d'une part, qu'elles disposent de l'expérience et de la formation convenables et, d'autre part, qu'elles soient correctement encadrées et soutenues par leur agence.

### Norme 1 de capacité : compétence

Les programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont exécutés par du personnel qui, d'une part, possède les qualifications et l'expérience requises pour accomplir sa tâche et, d'autre part, est correctement encadré et soutenu.

#### Indicateurs clés

- Tout le personnel oeuvrant à un programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement est informé du but visé et des méthodes à suivre pour mener les activités qui lui ont été confiées.
- Les bilans, la conception des programmes et les décisions techniques essentielles sont confiées à du personnel possédant les qualifications techniques requises ainsi que l'expérience de situations d'urgence.
- Le personnel et les volontaires sont conscients des disparités entre les sexes qui existent dans la population concernée. Ils connaissent la marche à suivre pour signaler les cas d'agression sexuelle.

- Les responsables, tant les techniciens que les gestionnaires, ont accès à des moyens pouvant leur permettre d'étayer les décisions prises et d'en vérifier le bien-fondé.
- Des consignes détaillées sont communiquées au personnel et aux volontaires participant à la collecte d'information et ces effectifs font l'objet d'une supervision régulière.
- Le personnel et les volontaires participant aux activités d'éducation sanitaire possèdent les capacités et les aptitudes requises pour exercer ces activités et bénéficient d'une formation et de l'encadrement appropriés.
- Le personnel et les volontaires impliqués dans des travaux de construction ou autres activités manuelles sont formés, supervisés et équipés de manière adéquate, pour pouvoir accomplir leur tâche avec efficacité et dans de bonnes conditions de sécurité.

#### Notes de référence

1. **Voir** : ODI/People In Aid (1998), *Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel* (Code sur les meilleurs usages dans la gestion et le soutien du personnel d'aide).
2. **Effectifs** : le personnel et les volontaires doivent faire montre de compétences à la hauteur des tâches qui leur sont assignées. Ils doivent aussi connaître les éléments clés des conventions sur les droits de la personne humaine, le droit humanitaire international ainsi que les *principes directeurs sur le déplacement des personnes à l'intérieur de leur pays* (voir la Charte humanitaire).

La formation et le soutien dont le personnel bénéficie dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence jouent un rôle important – c'est ainsi que des effectifs qualifiés sont à disposition et peuvent offrir des services de qualité. Etant donné que, dans de nombreux pays, la préparation aux situations d'urgence ne peut pas être organisée, les agences humanitaires doivent s'assurer que du personnel qualifié et compétent est recruté et qu'il bénéficie d'une préparation appropriée avant d'être affecté dans un contexte d'urgence.

Avant de détacher effectifs permanents et volontaires, les agences doivent veiller à équilibrer la composition hommes et femmes de leurs équipes d'urgence.

# Appendice 1

## Evaluation initiale des besoins en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement par voie de questionnaire

Cette liste de questions est essentiellement destinée à être utilisée pour évaluer les besoins, recenser les ressources autochtones et décrire les conditions locales. Aucune question n'a été incluse pour déterminer les moyens externes nécessaires en vue de compléter ceux qui se trouvent immédiatement, et localement, à disposition.

### 1 Généralités

- Quel est le nombre de personnes affectées et où se trouvent-elles ?
- Dans quelles directions sont-elles susceptibles de se déplacer ? Quels sont les problèmes de sécurité que doivent affronter ces personnes et les auteurs éventuels d'une intervention de secours ?
- Quelles sont les maladies déclarées, ou à craindre, qui sont dues à l'eau ou à un mauvais assainissement ? Quelle est la distribution de ces problèmes et le profil de leur évolution ?
- Qui sont les personnes clés à consulter ou à joindre ?
- Qui sont les segments les plus vulnérables de la population ? A quels risques de sécurité particuliers les femmes et les adolescentes sont-elles exposées ?

### 2 Approvisionnement en eau

- D'où provient l'eau actuellement ?
- De quel volume d'eau chaque personne dispose-t-elle par jour ?
- Combien de fois par jour, par semaine, la population obtient-elle de l'eau ?
- L'eau de cette source permettra-t-elle de faire face aux besoins à court et à long terme ?
- Les points d'eau sont-ils situés assez près des zones d'habitation ? Posent-ils ou non des problèmes de sécurité ?

- L'approvisionnement en eau actuel est-il fiable ? Combien de temps va-t-il durer ?
- Les personnes ont-elles suffisamment de récipients de type et de contenance appropriés ?
- La source d'eau est-elle contaminée ou risque-t-elle de l'être (par agent microbiologique, chimique ou radioactif) ?
- Faut-il traiter l'eau ? Est-ce possible ? Si oui, que faut-il faire ?
- Faut-il désinfecter même si l'eau fournie n'est pas contaminée ?
- Existe-t-il d'autres sources à proximité ?
- Existe-t-il des obstacles à l'utilisation de l'eau disponible ?
- Peut-on envisager un transfert de la population si l'eau venait à manquer ?
- Est-il possible de transporter l'eau à bord de camions-citernes si l'eau venait à manquer ?
- Quels sont les grands problèmes d'hygiène liés à l'approvisionnement en eau ?
- En l'occurrence, est-ce que la population a les moyens de se servir de l'eau, dans de bonnes conditions d'hygiène ?

### 3 Elimination des excréta

- Quelles sont les habitudes de la population en matière de défécation ? Si cela se fait en plein air, réserve-t-on une zone spécialement à cet effet ? Des problèmes de sécurité ?
- Existe-t-il des installations sanitaires ? Si oui, est-ce que l'on s'en sert, sont-elles en nombre suffisant et fonctionnent-elles bien ? Peuvent-elles être agrandies ou adaptées ?
- Les habitudes de la population en matière de défécation constituent-elles une menace pour l'approvisionnement en eau ou pour les zones habitées ?
- Ces habitudes constituent-elles une menace pour les usagers des installations sanitaires ?
- La population sait-elle comment les latrines sont construites et comment s'en servir ?
- La population est-elle prête à utiliser des latrines, des zones réservées à ces besoins, des fossés, etc. ?

- Quelles sont les croyances et les habitudes, y compris les pratiques spécifiques à l'un et à l'autre sexe, en matière d'élimination des excréta ?
- Dispose-t-on d'un espace suffisant pour aménager des zones de défécation, des toilettes à la turque, etc. ?
- Quelle est la déclivité du terrain ?
- A quelle profondeur se trouve la nappe phréatique ?
- Les conditions du sol se prêtent-elles à l'élimination des excréta sur place ?
- Quels matériaux trouve-t-on sur place pour construire des latrines ?
- Le mode actuel d'élimination des excréta encourage-t-il la prolifération des vecteurs ?
- Les gens ont-ils de l'eau et du savon à disposition pour se laver les mains après avoir déféqué ?
- Y a-t-il des articles ou de l'eau à disposition pour la toilette anale ?
- Comment font les femmes au moment de leur règles ? Ont-elles ce qui leur faut (serviettes hygiéniques, local pour leur toilette, etc.) ?

#### 4 Maladies à vecteur

- Quels sont les risques de maladies à vecteur et quel est leur degré de gravité ? (Voir la partie sur la lutte antivectorielle pour déterminer ce risque).
- Si ces risques sont élevés, la population la plus directement exposée a-t-elle accès aux mesures de protection individuelle ?
- Est-il possible de modifier le milieu naturel local, de manière à freiner la reproduction des vecteurs (drainage, débroussaillage, élimination des excréta et des ordures ménagères) ?
- Faut-il recourir à des moyens chimiques pour lutter contre les vecteurs ? Quels sont les programmes, règlements, moyens de lutte antivectorielle et mode d'emploi des produits chimiques en cours ?
- Quelles informations faut-il donner et précautions recommander aux familles ?

#### 5 Élimination des déchets solides

- Les déchets solides posent-ils problème ?
- Que font les personnes de leurs détritiques ?
- De quel type sont les déchets solides ? En quelle quantité sont-ils produits ?
- Les déchets solides peuvent-ils être éliminés sur place ou doivent-ils être ramassés pour être éliminés ailleurs ?
- Y a-t-il des établissements médicaux et des activités génératrices de déchets ? Comment ces rebuts sont-ils éliminés ? Qui est responsable ?

#### 6 Drainage

- Le drainage pose-t-il problème ? (inondation des abris et des latrines, sites de reproduction des vecteurs, contamination des zones habitées ou des réserves d'eau par des sources polluées).
- La population a-t-elle les moyens de protéger les abris et les latrines des inondations ?

## Appendice 2

### Quantités d'eau nécessaires en sus des normes minimales pour couvrir les besoins de consommation de base des ménages

<b>Toilettes publiques</b>	1 à 2 litres par personne et par jour pour se laver les mains 2 à 8 litres par cabine et par jour pour le nettoyage des toilettes
<b>Toutes les toilettes à chasse d'eau</b>	20 à 40 litres par personne et par jour pour les toilettes à chasse d'eau classiques 3 à 5 litres par personne et par jour pour les toilettes sans chasse d'eau
<b>Toilette anale</b>	1 à 2 litres par personne et par jour
<b>Dispensaires et hôpitaux</b>	5 litres par patient en service ambulatoire 40 à 60 litres par patient hospitalisé Il faudra peut-être des quantités supplémentaires pour la lessive, les toilettes à chasse d'eau, etc.
<b>Centres de traitement du choléra</b>	60 litres par patient et par jour 15 litres par infirmier et par jour
<b>Centres de nutrition thérapeutique</b>	15 à 30 litres par personne et par jour 15 litres par infirmier et par jour
<b>Bétail</b>	20 à 30 litres par jour, pour un animal de grande ou de moyenne taille 5 litres par jour, pour un animal de petite taille

## Appendice 3

### Principes de bonne pratique à observer dans les programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Il y a lieu d'observer les principes de bonnes pratique suivants dans les programmes d'urgence d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de manière à faciliter l'application des normes minimales. Ces programmes :

- répondent à des besoins non satisfaits, qui ont été définis au terme d'un bilan dressé conformément aux normes minimales (voir la partie Analyse),
- prévoient des consultations avec les femmes et les encouragent à collaborer à la formulation d'objectifs et à la définition des questions clés de santé publique liés aux besoins qui leur sont propres,
- reposent sur des objectifs clairs, axés sur les problèmes prioritaires de santé publique,
- assurent une application suivie et équitable des normes minimales, ou permettent de faire mieux encore, dans les trois à six mois qui suivent,
- sont coordonnés de sorte que l'on atteigne les objectifs prioritaires et évite lacunes et chevauchements,
- sont conçus en différentes phases, de manière à répondre, d'abord, aux besoins immédiats puis à appliquer les normes minimales aussitôt que possible, en accordant la priorité aux impératifs les plus pressants du moment,
- sont contrôlés, de façon régulière et systématique, pour s'assurer du bon déroulement des activités prévues et, le cas échéant, apporter les changements nécessaires en temps opportun (voir les normes d'analyse),
- associent un échantillon représentatif de la population affectée, à composition hommes-femmes équilibrée, à la prise de décisions et l'exécution des projets (plans, construction, fonctionnement et entretien), en fonction de sa capacité à participer à ces activités,
- complètent les capacités locales, et en tirent parti, respectent les programmes locaux et, dans les cas appropriés, associent les autorités locales aux décisions,

- tiennent compte du contexte local – sur le plan économique, social, politique et environnemental – lors de la planification et de l'exécution des projets,
- reconnaissent les besoins de la population locale, comme ceux des personnes directement affectées par la catastrophe,
- utilisent un équipement et mettent à disposition des installations qui ne vont pas à l'encontre des pratiques traditionnelles de la population affectée et qui lui procurent un niveau minimal de dignité et de confort,
- sont sensibles aux besoins divers des différents groupes sociaux – tant des familles que de la collectivité – ainsi qu'à l'impact que les programmes ont sur eux,
- sont rapidement suivis d'effet, tout en s'inscrivant dans une perspective à long terme et créent des conditions propices à des développements positifs,
- assurent la sécurité du personnel, des volontaires et des autres membres de la population affectée qui contribuent à la réalisation du programme et s'associent aux activités participatives,
- sont menés à bien par des effectifs qui possèdent les qualifications et l'expérience requises pour accomplir leurs tâches et qui sont dûment encadrés et soutenus,
- font appel à un équipement et à des techniques dont la gestion et la maintenance peuvent être assurés grâce aux compétences et moyens locaux.

## Appendice 4

### Bibliographie choisie

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. International Nutrition Foundation for Developing Countries. (*Procédures à suivre pour dresser un bilan d'hygiène : approches et méthodes d'évaluation des pratiques d'hygiène en rapport avec l'approvisionnement en eau et l'assainissement, Fondation internationale pour la nutrition dans les pays en développement*). Disponible auprès de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1, UK.

Cairncross, S and Feachem, R (1993), Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text. (*Ingénierie aux fins d'environnement salubre dans les Tropiques : entrée en matière*). John Wiley and Sons. Chichester.

Davis, J and Lambert, R (1995), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. (*Ingénierie en situation d'urgence : guide pratique à l'usage du personnel des agences humanitaires*). RedR/IT Publications. Londres. Cet ouvrage contient des données de référence sur tous les domaines concernés par les normes de ce secteur.

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. (*Sources d'eau en situation d'urgence : lignes directrices de sélection et de traitement*). WEDC. Loughborough University. Loughborough.

MSF (1992), Public Health Technician in Emergency Situation. (*Auxiliaire de santé publique en situation d'urgence*). Première édition. Médecins Sans Frontières. Paris.

Overseas Development Institute/People In Aid (1998), People In Aid: Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel. (*Code sur les meilleurs usages dans la gestion et le soutien du personnel d'aide*). ODI/People In Aid. Londres.



Pesigan, A M and Telford, J (1996), Needs and Resources Assessment. In: Preliminary Proceedings of the First International Emergency Settlement Conference: New Approaches to New Realities, Topic 3. University of Wisconsin Disaster Management Center. *(Bilan des besoins et des ressources. Tiré du compte rendu préliminaire de la première conférence internationale sur les zones d'installation en situation d'urgence : approches nouvelles pour des réalités nouvelles, thème 3. Centre d'intervention en cas de catastrophe de l'université du Wisconsin).*

Pickford, J (1995), Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience. *(Assainissement à faible coût : relevé d'expérience pratique).* IT Publications. Londres.

Thomson, M (1995), Disease Prevention through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. *(Prophylaxie par voie de lutte antivectorielle : lignes directrices à l'usage des agences humanitaires).* Oxfam. Oxford.

UNHCR (1991), Guidelines on the Protection of Refugee Women. *(Lignes directrices en matière de protection des réfugiées).* HCRNU. Genève.

UNHCR (1982), Handbook for Emergencies. *(Manuel sur les urgences)* HCRNU. Genève.

UNHCR (1994), Technical Approach: Environmental Sanitation. *(Approche technique : assainissement de l'environnement)* PTSS/HCRNU. Genève.

UNHCR (1992), Water Manual for Refugee Situations. *(Manuel sur l'approvisionnement en eau, en situation d'urgence).* PTSS/HCRNU. Genève.

WCRWC/UNICEF (1998), The Gender Dimensions of Internal Displacement. Women's Commission for Refugee Women and Children. *(Dimensions en rapport avec les disparités entre les sexes en matière de déplacement à l'intérieur d'un pays. Commission des femmes sur les femmes et les enfants réfugiés).* New York.

WHO (1984), Guidelines for Drinking Water Quality, Vol. I. *(Lignes directrices en matière de qualité d'eau potable).* OMS. Genève.



## Normes minimales à respecter dans le secteur de la nutrition

# *Normes minimales à respecter dans le secteur de la nutrition*

## Table des matières

Introduction . . . . .	71
1. Analyse . . . . .	74
2. Soutien nutritionnel général à la population . . . . .	90
3. Soutien nutritionnel général aux personnes souffrant de malnutrition . . .	104
4. Capacités en matière de ressources humaines et formation . . . . .	110
Appendice 1 : définitions . . . . .	114
Appendice 2 : besoins nutritionnels . . . . .	121
Appendice 3 : valeurs provisoires de densité nutritionnelle . . . . .	122
Appendice 4 : bibliographie choisie . . . . .	123

*Pour le glossaire de termes généraux et la définition des sigles, voir les Annexes 1 et 2 en fin d'ouvrage.*

# *Normes minimales à respecter dans le secteur de la nutrition*

## *Introduction*

Les normes minimales à respecter dans le secteur de la nutrition sont une expression concrète des principes et des droits qu'incarne la Charte humanitaire. Cette Charte vise à satisfaire les besoins les plus fondamentaux aux fins de sauvegarder la vie et la dignité des personnes affectées par une catastrophe ou un conflit, ainsi qu'ils apparaissent dans le corps de textes internationaux relatifs aux droits de la personne humaine, au droit humanitaire et au droit des réfugiés. C'est sur cette base que les agences offrent leurs services. Elles s'engagent à agir conformément aux principes d'humanité, d'impartialité et autres obligations énoncées dans le Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG lors des opérations de secours en cas de catastrophe. La Charte humanitaire réaffirme l'importance primordiale de trois principes clés :

- le droit de vivre dans la dignité,
- la distinction entre combattants et non-combattants,
- le principe du non-refoulement.

Les normes minimales relèvent de deux grandes catégories : la première concerne directement le droit des personnes ; la deuxième, les démarches entreprises par les agences pour veiller à ce que les personnes bénéficient de ces droits. Certaines des normes minimales chevauchent ces deux catégories.

### **1 Importance de la nutrition en situation d'urgence**

L'accès à l'aide alimentaire et le maintien d'un état nutritionnel adéquat jouent un rôle déterminant pour la survie des bénéficiaires de l'assistance dans les premiers temps de toute situation d'urgence. La malnutrition peut être le plus grave problème de santé publique et une cause majeure de mortalité, directement ou indirectement. La malnutrition touche le plus souvent les enfants âgés de six mois à cinq ans, mais il arrive aussi que des

nourrissons, des enfants plus âgés ou des adolescents, des femmes enceintes, des mères qui allaitent et d'autres adultes en souffrent aussi.

Le but des programmes de nutrition consiste à corriger et à prévenir le déficit pondéral. Les initiatives qui visent à lutter contre la malnutrition peuvent revêtir différents aspects et porter sur une alimentation correcte, un traitement médical et/ou une alimentation thérapeutique. Les programmes mis en place à titre préventif ont un triple but : ils visent, d'abord, à garantir à la population un approvisionnement en denrées alimentaires de qualité et de quantité suffisantes, ensuite, à lui permettre de préparer et de consommer en toute sécurité les aliments qui lui sont distribués et, enfin, à offrir à chaque personne le soutien nutritionnel dont elle a besoin.

Puisque, d'ordinaire, ce sont les femmes à qui il incombe globalement de nourrir le foyer, elles ont un rôle important à jouer pour faire en sorte que les programmes de nutrition soient équitables, appropriés et accessibles. A titre indicatif, elles peuvent fournir des renseignements utiles sur l'ordre hiérarchique en matière d'alimentation et les façons dont la population sinistrée se procure sa nourriture ; les femmes peuvent aussi aider à faire comprendre les rôles impartis aux deux sexes ainsi que les pratiques culturelles définissant les modalités d'accès de différents membres de la communauté aux programmes de nutrition. Il importe donc d'encourager celles-ci à participer aux plans et à la mise en oeuvre des programmes de nutrition, chaque fois que cela est possible.

## 2 Se repérer à l'intérieur de ce chapitre

Ce chapitre est divisé en quatre parties, chacune incluant ce qui suit :

- **les normes minimales** : ce sont les chiffres minimum à atteindre dans chaque domaine,
- **les indicateurs clés** : ce sont des 'signaux' qui permettent d'établir si l'on a, ou non, respecté la norme. Ils constituent un moyen de mesurer – et de faire connaître – à la fois l'impact réel (ou le résultat) des programmes ainsi que le processus (ou les méthodes) mis en oeuvre ; ils peuvent être qualitatifs ou quantitatifs,
- **les notes de référence** : ce sont des points précis à prendre en compte pour appliquer la norme dans différentes situations, surmonter des difficultés d'ordre pratique et traiter des questions prioritaires. Elles peuvent inclure des questions primordiales en rapport avec la norme ou les indicateurs, énoncer des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances du moment. Remédier à ces insuffisances est un moyen d'améliorer, à l'avenir, les normes minimales en matière de nutrition.

Les trois premières parties du chapitre, Analyse, Soutien nutritionnel général à la population et Soutien nutritionnel aux personnes souffrant de malnutrition reflètent le processus logique que les nutritionnistes suivent habituellement lorsqu'ils se trouvent face à une nouvelle situation d'urgence. Premièrement, ils doivent comprendre la nature du problème. Deuxièmement, ils s'occupent du groupe le plus nombreux (c'est-à-dire la population prise dans son ensemble) afin d'éviter que la situation se dégrade encore plus. Troisièmement, ils prennent des mesures visant à réduire les risques de mortalité et de morbidité au sein de la population qui souffre déjà de malnutrition. La quatrième partie s'applique à l'ensemble de leur intervention et traite de problèmes liés aux capacités exigées, en termes de ressources humaines, pour mener à bien des programmes de nutrition probants.

Quatre pièces jointes donnent en outre : les définitions des termes et sigles ; les besoins nutritionnels minimaux des populations affectées par une situation d'urgence ; les densités minimales de minéraux non inclus en appendice 2 et une bibliographie choisie.

Dans les cas pertinents, nous faisons référence aux normes techniques applicables dans d'autres secteurs. L'intention est de souligner de quelle manière les travaux menés dans un secteur sont étroitement liés à ceux effectués dans d'autres domaines et que les progrès dans un secteur sont tributaires de l'avancée dans d'autres.

En particulier, il existe des liens étroits entre les normes concernant la nutrition et les normes à respecter en matière d'aide alimentaire. Des chevauchements existent entre ces deux secteurs quant au type d'informations exigées pour faire une évaluation initiale de la situation et définir les nécessités. Il y a aussi point commun puisqu'il s'agit de définir les besoins nutritionnels (et donc alimentaires).

Si ces secteurs font l'objet de chapitres séparés, c'est pour trois raisons. Premièrement, en situation d'urgence, nutrition veut dire davantage que décisions au sujet des besoins en matière d'aide alimentaire. Deuxièmement, les programmes de secours alimentaire ont leurs propres impératifs en termes de procédures financières et de logistique. Si ces deux secteurs avaient été présentés ensemble, le chapitre aurait été trop long et trop vaste. Troisièmement, la nutrition est liée à des questions plus larges de sécurité alimentaire et ne peut être cantonnée au sujet de l'aide. L'assistance alimentaire pourrait être un volet de l'intervention visant à assurer la sécurité de l'approvisionnement en nourriture et d'autres normes s'imposent pour traiter ce domaine.

## Les normes minimales

# 1 Analyse

La nutrition n'est pas un sujet pouvant être considéré isolément. La santé, l'agriculture, l'eau, l'économie, les croyances religieuses et traditionnelles, les pratiques sociales et les systèmes de protection sociale sont quelques-uns des facteurs majeurs qui influent sur l'état nutritionnel. L'analyse des causes structurelles de la malnutrition peut être un processus complexe, mais elle est cruciale pour mettre en oeuvre des programmes probants.

Les programmes qui permettent de répondre aux besoins de la population affectée par une catastrophe doivent reposer sur une bonne compréhension de la situation, notamment des facteurs politiques et sécuritaires ainsi que des développements susceptibles de se produire. La population sinistrée, les agences, les donateurs et les autorités locales ont besoin de savoir que les interventions sont appropriées et efficaces. L'analyse des effets de la catastrophe, de son impact sur les facteurs influant sur l'état nutritionnel et, en définitive, des répercussions du programme proprement dit, est donc cruciale. Faute d'appréhender et de comprendre le problème correctement, il sera difficile, voire impossible, de réagir comme il se doit.

La normalisation des méthodes d'analyse utilisées dans tous les secteurs de l'assistance humanitaire permet de définir, sans tarder, les besoins urgents ainsi que d'affecter convenablement les moyens des agences humanitaires. La présente partie énonce les normes et les indicateurs qui ont été retenus pour collecter et dépouiller les informations requises en vue de définir des besoins, concevoir les interventions, suivre et évaluer leur efficacité et promouvoir la participation de la population affectée.

Les normes d'analyse s'appliquent avant le lancement de tout programme et tout au long du cycle d'activités. L'analyse débute par un constat initial immédiat pour mesurer l'impact de la catastrophe et décider s'il y a lieu de réagir, et de quelle manière. Elle se poursuit au travers des activités de suivi pour définir dans quelle mesure le programme répond aux besoins

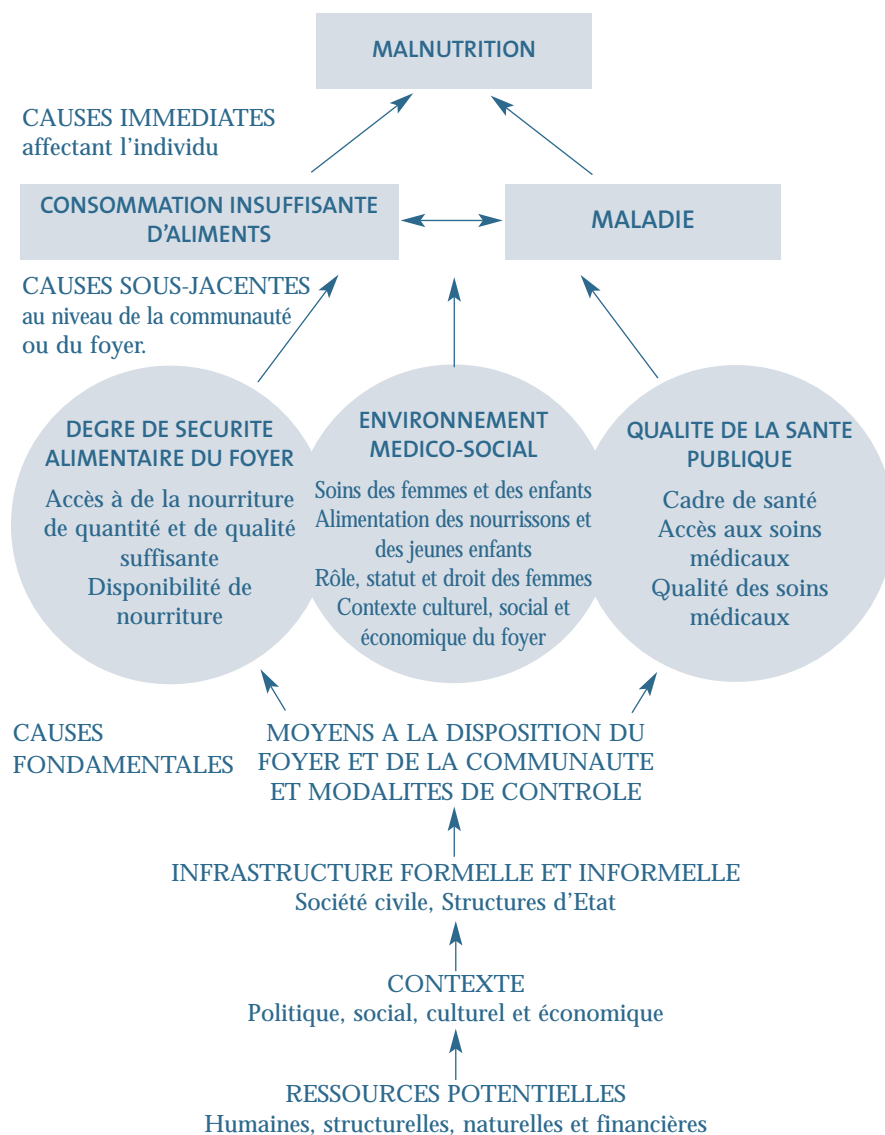
et si des changements s'imposent. Enfin, l'évaluation finale vise à définir l'efficacité globale du programme et à en tirer les enseignements pour l'avenir.

La mise en commun des informations et des connaissances entre tous ceux qui prennent part à l'action d'assistance revêt une importance fondamentale pour comprendre pleinement le problème et coordonner les efforts. Le fait de documenter la démarche adoptée et de diffuser les informations tirées du processus d'analyse contribue à faire largement comprendre l'impact des catastrophes, notamment sur le plan de la santé publique ; cela peut aussi faciliter l'amélioration des mesures visant à prévenir les catastrophes et à en atténuer les effets.

Le cadre conceptuel de l'UNICEF aux fins de nutrition en cas d'urgence a servi de fondement pour élaborer les normes du présent chapitre. Voir le diagramme ci-après.

Avant de lire cette partie, veuillez prendre connaissances des définitions proposées pour *accès*, *sécurité alimentaire et environnement médico-social* qui figurent en appendice 1.

## Modèle conceptuel des causes de malnutrition en situation d'urgence



Adapté d'ouvrages de l'UNICEF (1997) et d'Oxfam (avant-projet de 1997).

## Norme 1 d'analyse : évaluation initiale

Avant de prendre toute décision concernant un programme, les agences démontrent qu'elles comprennent la situation ainsi que les conditions essentielles, sur le plan de la nutrition, qui peuvent entraîner l'apparition de cas de malnutrition.

### Indicateurs clés

- Des effectifs dûment expérimentés dressent, sans tarder, une évaluation initiale, compte tenu de procédures internationalement reconnues.
- Le bilan est mené en coopération avec une équipe multisectorielle (eau et assainissement, nutrition, aide alimentaire, abris et services médicaux), les autorités locales, les femmes et les hommes de la population touchée ainsi qu'avec les agences humanitaires qui prévoient d'intervenir.
- Le bilan tient compte des normes nationales en matière de nutrition, dans le pays où la catastrophe s'est produite, et, s'il ne s'agit pas du même, dans un autre pays où une assistance est fournie.
- Les besoins des groupes exposés à des risques supplémentaires sont pris en compte.
- L'information est rassemblée et présentée avec le souci de faciliter la prise de décisions de manière transparente et cohérente.
- Les données sont ventilées selon le sexe et la tranche d'âge.
- Le rapport établi au terme de l'évaluation initiale couvre les domaines suivants :
  - **causes fondamentales de malnutrition :**
    - ressources humaines, structurelles, naturelles et économiques.
    - climat politique, sécurité
    - infrastructure formelle et informelle,
    - mouvements de population et contraintes entravant la liberté de déplacement,



- **causes sous-jacentes de malnutrition :**

degré de sécurité alimentaire,  
qualité de la santé publique,  
environnement médico-social,

- **effets du stress nutritionnel :**

malnutrition,  
mortalité,  
morbidity.

- Dans des situations de dangers, le bilan inclut une analyse des facteurs influant sur la sécurité et la sûreté des personnes affectées.
- Des recommandations sont faites quant à la nécessité, ou non, d'une aide extérieure.
- Les résultats du bilan sont portés à la connaissance des autres secteurs, des autorités nationales et locales, des agences participant à l'intervention ainsi qu'à celle des représentants et représentantes de la population affectée.

## Notes de référence

1. **Procédures internationalement reconnues pour effectuer une évaluation initiale** (Internationally Accepted procedures for initial assessment) : voir MSF (1995), Save the Children Fund (1995), Young (1992) et WFP/UNHCR (décembre 1997).
2. **Bilan mené à temps** : telle doit être la caractéristique de ce bilan qui doit être dressé le plus tôt possible après la catastrophe. Si besoin est, il faut intervenir dans le même temps pour répondre aux besoins essentiels de la population. En règle générale, il faut rédiger le rapport dans la semaine qui suit l'arrivée de l'équipe sur les lieux de la catastrophe, bien que cela dépende du type d'événement survenu ou de la situation d'ensemble.
3. **Personnes chargées du bilan** : il convient de faire appel à des personnes capables de recueillir des informations auprès de tous les groupes de la population sinistrée, d'une manière acceptable selon les normes culturelles, en tenant compte tout particulièrement du sexe et des connaissances linguistiques. Dans l'idéal, il devrait y avoir équilibre dans le nombre d'hommes et de femmes qui participent.

4. **Procédure à suivre pour le bilan** : tous les participants doivent approuver la démarche à suivre pour mener le bilan avant que le travail ne commence sur le terrain et se voir attribuer des tâches précises en conséquence, à l'appui de cette activité.
5. **Sources d'information** : les renseignements nécessaires pour dresser le bilan peuvent être tirés de la documentation existante, de données historiques pertinentes, d'informations antérieures à la catastrophe et de discussions menées avec divers interlocuteurs appropriés, bien informés, parmi lesquels peuvent figurer donateurs, personnel d'agences, fonctionnaires, spécialistes locaux, responsables de la communauté (hommes et femmes) anciens, agents de santé, enseignants, commerçants. etc. Les sources appropriées d'informations antérieures à l'urgence sont des données de suivi sanitaire et nutritionnel, recensements et rapports de santé du pays d'origine (produits par Macro International), compte rendus du système d'informations sur la nutrition des réfugiés (ACC/SCN), bases de données (comme MEDLINE) pour des ouvrages publiés et des documents émanant des ministères correspondants ou des universités et textes des Nations unies, des bailleurs de fond et des organisations non gouvernementales oeuvrant auprès de la population. Les plans nationaux ou régionaux de préparation en cas de catastrophe peuvent aussi constituer une source importante de renseignements. Les discussions collectives avec la population sinistrée peuvent aussi éclairer l'équipe sur les croyances et pratiques culturelles en vigueur.

Il faut expliquer clairement les méthodes qui seront employées pour recueillir l'information ainsi que les limites de sa fiabilité. Il ne faut jamais présenter les renseignements obtenus de manière à présenter la situation réelle sous un jour trompeur.

6. **Bilan d'évaluation finale** : ce compte rendu doit expliciter la façon dont l'information a été recueillie ainsi que les lacunes à combler dans l'étape suivante de conception du programme. Dans l'analyse des causes sous-jacentes de la malnutrition, il est utile de souligner si l'urgence a vraisemblablement aggravé des problèmes nutritionnels existants, notamment les carences de micronutriments, et si des groupes particuliers ont peut-être souffert d'un stress nutritionnel plus grand (tels les femmes qui sont enceintes ou allaitent, les adolescents, les mineurs sans parents, les enfants ainsi que les personnes âgées et handicapées).

7. **Questions sous-jacentes** : le bilan doit reposer sur la prise en compte des prérogatives dont jouissent les personnes sinistrées en vertu du droit international. L'évaluation initiale et l'analyse ultérieure doivent établir que les problèmes sous-jacents d'ordre structurel, politique, sécuritaire, économique, démographique et environnemental propres à la région ont été compris. Il est impératif de tenir compte de l'expérience ainsi que de l'avis de la population sinistrée lorsque l'on analyse la dynamique et l'impact de la nouvelle situation d'urgence. Cela exige de s'appuyer sur les compétences et les connaissances locales lors de la collecte des données et de l'analyse des ressources, capacités, vulnérabilités et besoins. Il faut aussi prendre en compte les conditions de vie actuelles ainsi que le cadre dans lequel vivaient les personnes déplacées et la population résidente de la région, avant la catastrophe. Les rôles attribués aux deux sexes dans le système social doivent aussi être considérés, notamment les pratiques culturelles contribuant à rendre les femmes vulnérables sur le plan nutritionnel. A titre indicatif, les femmes mangent après tout le monde dans certaines cultures.
8. **Retour à la normale** : une analyse et une réflexion sur la période de retour à la normale doivent aussi faire partie de l'évaluation initiale, de sorte que les interventions visant à satisfaire les besoins d'urgence (immédiats) puissent faciliter la réadaptation de la population sinistrée.

## Norme 2 d'analyse : intervention

Lorsqu'une intervention est nécessaire en matière de nutrition, il faut clairement énoncer le(s) problème(s) et formuler une stratégie qu'il convient de documenter.

### Indicateurs clés

- Des informations sur les causes sous-jacentes de malnutrition sont à disposition. Elles sont analysées afin de déterminer la nature et le degré de gravité du (ou des) problème(s) observé(s) ainsi que les catégories de personnes les plus gravement affectées :
  - sécurité alimentaire (à l'échelon de la région, du sous-groupe, du foyer, de l'individu) — par exemple : marchés, production, bétail,

patrimoine, envois de fonds, emploi, cueillette, disponibilité suffisante des denrées alimentaires (voir, en appendice 2, les besoins nutritionnels de la population), préparation des aliments, combustible, allaitement, carences endémiques en micronutriments, etc.

- santé publique — par exemple : distribution des maladies, services de santé, facteurs de risque dus à l'environnement, eau, assainissement, maladies à vecteur, charge parasitaire moyenne, mesures d'hygiène, pratiques de médecine traditionnelle, etc. (Voir les chapitres 1 et 5 respectivement intitulés Approvisionnement en eau et assainissement et Services médicaux).
- environnement médico-social : cela concerne en particulier les groupes marginalisés ou isolés, les femmes et les filles enceintes, les mères qui allaitent, les modes d'alimentation des nourrissons et des très jeunes enfants, les conditions de vie dans les abris et la densité de population, les systèmes d'aide sociale. etc.

- Les stratégies d'intervention tiennent compte des éléments suivants:
  - Nombre estimatif de personnes affectées et caractéristiques démographiques.
  - Structure sociale et politique de la population.
  - Attention particulière aux groupes à risque.
  - Accès à la population affectée et contraintes entravant leur liberté de mouvement.
  - Sécurité politique et environnement des opérations.
  - Mesures de nutrition déjà en vigueur.
  - Capacités et ressources locales.
  - Infrastructure locale, installations et services existants.
  - Éventuelles implications à long terme de la situation d'urgence et des interventions envisagées et éventuel impact sur l'environnement naturel.

## Notes de référence

1. **Voir aussi** : les notes de référence pour la norme 1 d'analyse ci-dessus.
2. **Sources d'informations pour ces indicateurs** : le rapport de l'évaluation initiale, les comptes-rendus des réunions de coordination, les propositions de projets, l'analyse des données pertinentes disponibles telles que, par exemple, surveillance sanitaire et nutritionnelle, compte des défunts, etc. Dans le but de compléter ces informations, il peut être utile de rassembler des données quantitatives et/ou qualitatives pour permettre une analyse plus approfondie du problème. Les principes de base — transparence, validité et fiabilité — doivent être respectés ; plusieurs types de protocoles d'évaluation sont à disposition et facilitent le respect de ces principes. Lorsque des enquêtes anthropométriques sont menées, les résultats doivent toujours être interprétés à la lumière d'autres facteurs en rapport avec la sécurité alimentaire, la santé publique et l'environnement médico-social.
3. **Emploi de différents types d'information** : les indicateurs destinés à faciliter la conception des programmes sont présentés à part mais, en pratique, plusieurs types d'informations peuvent devoir être considérés simultanément. Par exemple, les informations utilisées pour sélectionner les denrées fournies dans le cadre d'un programme d'aide alimentaire sont à considérer en même temps que les facteurs qui permettent de choisir telle ou telle méthode de distribution. Le système d'évaluation et d'analyse est plus flexible que rigide et il y a bien des liens et chevauchements qu'il convient de comprendre et dont il faut tenir compte.
4. **Méthodes et analyse bien fondées** : une analyse bien documentée doit venir s'ajouter à la collecte d'informations et au choix de la bonne méthodologie. Les conclusions de l'évaluation doivent être cohérentes, clairement basées sur les informations collectées et mise en rapport avec les théories en vigueur. (Voir, à ce propos, la norme 1 d'analyse en matière de nutrition et le cadre conceptuel ci-dessus).
5. **Estimation des besoins** : pour pouvoir établir dans quelle mesure la population parvient à couvrir ses besoins nutritionnels, il est nécessaire de disposer de quelques points de comparaison. On utilisera, à titre de référence, les données de l'OMS, du HCR et du PAM concernant les besoins moyens de divers groupes de population

(voir appendice 2). Toutefois, les deux points importants suivants sont à considérer avant d'utiliser ces chiffres :

Premièrement, les besoins moyens par tête des groupes de population englobent les besoins de tous les groupes d'âge et des deux sexes. Par conséquent, ils ne sont spécifiques à aucune tranche d'âge ou sexe particulier et ne doivent pas servir à estimer les besoins d'un individu.

Deuxièmement, ces besoins sont basés sur une série de postulats qui — s'ils ne sont pas valables pour la population considérée — seront source d'erreurs. Les calculs qui ont permis d'établir les besoins ont été basés sur un profil démographique particulier :

Groupe	Population (en pourcentage)
0 à 4 ans :	12,37
5 à 9 ans :	11,69
10 à 14 ans :	10,53
15 à 19 ans :	9,54
20 à 59 ans :	48,63
+ de 60 ans :	7,24
femmes enceintes :	2,4
mères allaitantes :	2,6
hommes/femmes :	50,84 / 49,16
(voir : PAM/HCR (décembre 1997) et OMS (1997)).	

La structure démographique de différentes populations varie, ce qui modifie, sur le plan de la nutrition, les besoins de la population concernée. Par exemple, si 26 % d'une population de réfugiés sont des enfants de moins de cinq ans, et si la population est composée de 50 % d'hommes et de 50 % de femmes, les besoins ne sont que de 1.940 calories.

Les évaluations de besoins doivent, par conséquent, être utilisées à la lumière des informations spécifiques au contexte. Il est ainsi possible

de vérifier la validité des postulats qui sous-tendent les estimations. Les informations suivantes sont nécessaires :

- Taille de la population.
- Structure démographique de la population, en particulier le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans et la proportion de femmes.
- Poids moyen des adultes et poids corporel réel, habituel ou souhaitable. Les besoins augmentent si le poids corporel moyen des hommes adultes est de plus de 60 kg et si le poids corporel moyen des femmes adultes se situe au-dessus de 52 kg.
- Niveau d'activité requis pour conserver une vie productive. Les besoins augmentent proportionnellement au niveau d'activité (c'est-à-dire 1,55 x le taux métabolique de base pour les hommes et 1,56 x le taux métabolique de base pour les femmes).
- Température moyenne et ressources en termes d'abris et de vêtements. Les besoins augmentent si la température ambiante moyenne se situe au-dessous de 20°C.
- Besoins non nutritionnels qui affectent les besoins alimentaires, c'est-à-dire le rôle potentiel des aliments en tant que ressources sociales et économiques. Les nécessités augmentent lorsqu'il y a des besoins alimentaires non liés à la nutrition (lors de fêtes religieuses, par exemple).
- État nutritionnel de la population. Les besoins augmentent si la population souffre de malnutrition et doit, par conséquent, rattraper un retard de croissance.

S'il n'est pas possible d'inclure ce type d'informations dans l'évaluation initiale, les chiffres donnés en appendice 1 peuvent être utilisés, dans un premier temps, comme point de départ.

6. **Questions liées aux micronutriments** : il n'existe pas, pour le moment, d'estimation des besoins au niveau de la population (et non au niveau de l'individu) en ce qui concerne la plupart des minéraux, bien que leur importance soit mise en évidence. A titre provisoire, en attendant le résultat des consultations d'experts entreprises par l'OMS, des densités minimales de nutriments (pour 100 Kcal) sont proposées en appendice 3.

Dans le cas des populations qui dépendent de l'aide alimentaire, le choix des denrées (notamment les décisions portant sur les niveaux d'enrichissement des aliments) doit reposer sur les besoins de la population et sur la disponibilité des aliments auxquels elle peut avoir accès de manière indépendante. Certaines rations alimentaires utilisées actuellement pour des populations entièrement dépendantes de l'aide alimentaire peuvent ne pas suffire à couvrir les besoins (en particulier en riboflavine - vitamine B2, niacine - vitamine B3, vitamine C, fer et acide folique). Tous les micronutriments jouent un rôle essentiel dans le maintien d'un bon état de santé. Par conséquent, lorsque l'évaluation initiale montre que certains besoins en micronutriments ne peuvent pas être couverts par la population elle-même, l'intervention doit prévoir de combler ce déficit.

Même si les aliments fournis à une population couvrent les exigences spécifiées, cela ne veut pas dire pour autant que l'apport en micronutriments sera suffisant, ni que ceux-ci seront ensuite correctement utilisés par le corps humain. Des variations peuvent se produire (lors des distributions de rations ou du fait que les repas sont pris en commun au sein d'un même foyer) et affecter la quantité d'aliments consommés par les individus. Des pertes en micronutriments peuvent se produire également, par exemple, pendant le transport et le stockage des denrées alimentaires, pendant la préparation (par exemple : baisse de la teneur en vitamines B après mouture des céréales), par suite d'une cuisson prolongée (en particulier dans le cas des vitamines solubles dans l'eau) et, enfin, lorsque les nutriments se combinent avec des liants qui les empêchent d'être absorbés par les intestins (par exemple, les phytates gênent l'absorption du fer contenu dans les légumes). Des pertes de micronutriments peuvent aussi intervenir par suite de maladie, surtout lors d'une parasitose, lorsque le corps voit diminuer ses capacités d'accès aux nutriments et de leur utilisation. Il est, par conséquent, essentiel que la surveillance de l'état nutritionnel de la population constitue l'un des volets de chaque programme.

Voir aussi la norme 1 sur les capacités en matière de ressources humaines.

## Norme 3 d'analyse : suivi et évaluation

Les résultats et l'efficacité du programme de nutrition ainsi que l'évolution de la situation font l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

### Indicateurs clés

- Les informations destinées au suivi et à l'évaluation sont recueillies à temps et sont utiles ; elles sont consignées et dépouillées en respectant les critères de précision, de logique, de cohérence et de transparence.
- Des systèmes sont en place pour pouvoir surveiller l'impact (positif ou négatif) de l'intervention sur l'état nutritionnel des personnes. Cela peut inclure un système de surveillance actif, si l'on a relevé des carences de micronutriments. (Voir Services médicaux, normes d'analyse pour le système d'information sur la santé au chapitre 5).
- Il est régulièrement rédigé des rapports sur l'impact de l'urgence ainsi que sur celui du programme de nutrition. Il y a aussi compte rendu sur tout changement de situation ou autre facteur qui pourrait justifier de modifier le programme.
- Des systèmes sont en place pour permettre le flux des informations entre le programme, les autres secteurs, la population affectée, les autorités locales compétentes, les donateurs et d'autres intervenants, selon les besoins.
- Les activités de suivi fournissent des données sur la manière dont le programme répond aux besoins des différents groupes au sein de la population affectée.
- Les hommes, les femmes et les enfants de la population affectée sont régulièrement consultés, et ils participent aux activités de suivi.
- Le programme est évalué par rapport aux objectifs déclarés et aux normes minimales convenues en vue de mesurer l'efficacité globale de l'intervention et son impact sur la population affectée.

### Notes de référence

1. **Utilisation des informations de suivi** : les situations d'urgence sont, par définition, à la fois volatiles et dynamiques. Il est donc vital de disposer d'un flux régulier d'informations tenues à jour, si l'on veut que les programmes restent adaptés aux besoins. Les informations tirées du suivi continu des programmes doivent être intégrées dans les examens périodiques et les bilans. Dans certaines circonstances, il faudra peut-être modifier la stratégie en réponse à un changement majeur de la situation ou des besoins.
2. **Coopération avec les autres secteurs** : les données obtenues dans le courant du bilan servent de premières données de référence pour le système d'information sur la santé (voir Services médicaux, chapitre 5) ainsi que pour les activités de suivi et d'évaluation du programme de nutrition. Les activités de suivi et d'évaluation exigent une coopération étroite avec les autres secteurs.
3. **Usage et diffusion de l'information** : les données recueillies doivent avoir un lien direct avec le programme : en d'autres termes, elles doivent être utiles – et utilisées. Il faut les communiquer, en fonction des besoins, aux autres secteurs et agences ainsi qu'aux populations sinistrées. Le moyen de communication utilisé (méthodes de diffusion, langue, etc.) doit être convenable pour le public visé.
4. **Contraintes** : la difficulté de recueillir des informations fiables et valables dans une situation volatile et changeante peut venir entraver l'activité de suivi. Par exemple, lorsqu'une population est en perpétuel état de mouvance, passant et traversant une frontière, pendant une durée de temps prolongée, l'on ne peut être certain que les mesures prises dans un cas concernent encore la même population en un autre lieu ou à un moment différent. Par conséquent, dans de telles situations, il faut interpréter les données avec beaucoup de soin.
5. **Personnes chargées du suivi** : lorsqu'il y a lieu de consulter la population affectée, pour le suivi, il est bon de faire appel à des personnes capables de recueillir des informations auprès de tous les groupes de la population sinistrée, d'une manière acceptable selon les normes culturelles, en tenant compte tout particulièrement du sexe et des connaissances linguistiques. Il convient d'encourager la participation des femmes.



6. **Evaluation** : le bilan final compte parce qu'il mesure l'efficacité du programme, permet de tirer les enseignements pour mieux se préparer, amoindrir les effets d'une catastrophe et intervenir à l'avenir. Il encourage également l'acceptation des responsabilités. En l'occurrence. L'évaluation prévoit deux processus liés entre eux :

- a) Le bilan final interne d'un programme est normalement dressé par le personnel de l'agence dans le cadre du processus régulier d'analyse et d'examen des informations obtenues au travers du suivi. L'agence doit aussi évaluer l'efficacité de tous ses programmes dans une situation de catastrophe donnée ou comparer les programmes menés à bien d'un contexte à un autre.
- b) Le bilan final externe peut, à l'inverse, entrer dans le cadre d'un exercice plus vaste d'évaluation définitive menée par les agences et les bailleurs de fonds, au terme, par exemple, de la phase aiguë d'une situation d'urgence. Pour ce type de bilan, il est important que les techniques et les moyens utilisés cadrent avec l'envergure et les caractéristiques du programme et que le rapport décrive la méthodologie suivie ainsi que les démarches retenues pour parvenir aux conclusions. Les résultats du bilan doivent être portés à la connaissance de tous les intervenants dans la crise humanitaire, y compris à celle de la population affectée.

## Norme 4 d'analyse : participation

La population sinistrée a la possibilité de participer à l'élaboration des plans et des modalités de mise en oeuvre du programme d'assistance.

### Indicateurs clés

- Les femmes et les hommes de la population sinistrée sont consultés et participent aux prises de décisions touchant à l'évaluation des besoins, à l'élaboration des plans et des modalités de mise en oeuvre du programme.
- Les femmes et les hommes de la population sinistrée reçoivent des informations sur le programme d'assistance et ont la possibilité de faire part de leur avis à l'agence humanitaire.

## Notes de référence

1. **Équité** : les modalités de participation des personnes sinistrées à la prise de décisions, aux plans et aux modalités de mise en oeuvre des activités sont de nature à donner au programme un caractère équitable et probant. Un effort particulier doit être consenti pour promouvoir la participation des femmes ainsi qu'une représentation équilibrée des deux sexes dans le programme d'assistance. S'impliquer dans le programme de nutrition peut aussi aider les personnes à renforcer leur sentiment de dignité et d'amour-propre malgré la crise. Cela peut promouvoir le sens de la communauté et d'appartenance, facteur propice à la sûreté et à la sécurité des personnes bénéficiaires de l'assistance comme de celles qui sont responsables de sa mise en oeuvre.
2. **Diversité des formes de participation aux programmes de nutrition** : par exemple, en devenant membre de l'équipe du bilan, en fournissant un travail rémunéré ou bénévole lié au programme d'alimentation, en participant à la prise de décisions concernant la sélection des denrées alimentaires, en diffusant des informations sur des produits alimentaires peu connus, les besoins de nourriture particuliers et en fournissant des listes d'articles requis au sein du foyer.
3. **Comités de coordination** : c'est un moyen de veiller à ce que les personnes participent au programme d'assistance. Il ne faut pas perdre de vue les facteurs de sexe, d'âge et de milieu socio-économique pour que ces comités soient bien représentatifs de la population sinistrée. Responsables politiques reconnus, chefs de la communauté – hommes et femmes confondus – et dirigeants spirituels doivent aussi être représentés. Les rôles et les fonctions du comité de coordination doivent être convenus lors de sa constitution.
4. **Sollicitation d'avis et d'opinions** : on peut aussi encourager la participation par des sondages et des discussions menés à intervalles réguliers lors d'opérations de distribution, en visitant les foyers ou en abordant des préoccupations d'ordre individuel. Les discussions collectives avec la population sinistrée peuvent aussi éclairer l'équipe sur les croyances et pratiques culturelles en vigueur.



## 2 Soutien nutritionnel général à la population

La présente partie porte sur les moyens et les services nécessaires pour couvrir les besoins nutritionnels de la population prise dans son ensemble. Aussi longtemps que ces nécessités ne sont pas couvertes, toute intervention ciblée dans le secteur de la nutrition ne peut avoir qu'un impact limité. En effet, une fois rétablies, les personnes qui ont bénéficié d'un soutien nutritionnel risquent de voir leur état de santé se dégrader à nouveau.

Avant de lire les normes, veuillez prendre connaissance des définitions proposées pour l'unité internationale et la malnutrition qui figurent en appendice 1.

### Norme 1 de soutien nutritionnel général : apport de nutriments

Les besoins nutritionnels de la population sont satisfaits.

#### Indicateurs clés

- Les niveaux de malnutrition modérée restent stables ou s'améliorent en se rapprochant de niveaux acceptables.
- Aucun cas de scorbut, de pellagre ou de bérubéri n'existe.
- Les taux de xérophtalmie ou de troubles dus à une carence en iode ne sont pas assez élevés pour constituer un problème de santé publique (voir notes de référence, ci-dessous).
- La population a accès à une variété d'aliments — aliments de base (céréales ou tubercules), légumineuses (ou produits d'origine animale), sources de matières grasses, etc.

- La population a accès à des denrées riches en vitamine C, à des aliments enrichis ou à des suppléments nutritifs appropriés.<sup>1</sup>
- La grande majorité (90 %) des foyers au sein desquels les troubles dus à une carence en iode sont endémiques ont accès à du sel iodé.
- La population a accès à des aliments riches en vitamine A, à des aliments enrichis ou à des suppléments nutritifs appropriés.
- La population a accès à des sources supplémentaires de niacine (par exemple : légumes secs, noix, abats de boucherie) si l'aliment de base est le maïs ou le sorgho.
- La population a accès à des sources supplémentaires de thiamine (par exemple : légumes secs, noix, œufs) si l'aliment de base est le riz glacé.
- Les enfants de moins de six mois sont nourris au sein (ou reçoivent un substitut dont la valeur est reconnue).
- Dès l'âge de six mois<sup>2</sup>, les enfants reçoivent des aliments nutritifs à forte valeur énergétique.
- Rien n'indique que les besoins nutritionnels particuliers des femmes enceintes et des mères allaitantes ne sont pas couverts.

#### Notes de référence

1. **Taux de malnutrition** : l'indication de l'évolution en hausse du taux de malnutrition peut être tirée des dossiers médicaux archivés aux centres de santé, de la surveillance de la croissance (dans les centres de santé ou à l'échelon de la communauté), des enquêtes nutritionnelles effectuées de manière aléatoire, des résultats des examens de dépistage, des compte rendus de la communauté ou des rapports établis par des travailleurs sociaux.

Les résultats des enquêtes nutritionnelles donnent une estimation de la prévalence de la malnutrition. La pratique la plus communément acceptée consiste à évaluer le taux de malnutrition chez les enfants âgés de moins de cinq ans en guise d'échantillon pour le reste de la population. Or, même s'il n'y a pas de signe de malnutrition chez les enfants âgés de moins de cinq ans, cela ne peut pas dire que les

1. L'accès à la vitamine C joue un rôle important non seulement pour prévenir le scorbut, mais aussi pour favoriser l'absorption du fer.

2. Résolution 47.5 (9 mai 1994) de l'Assemblée mondiale de la Santé.

mineurs plus âgés, les adolescents ou les adultes (hommes et femmes) en soient indemnes. Il y a donc lieu de se garder d'extrapoler au sujet de la population en général en se fiant aux conditions constatées chez les jeunes enfants. Lorsque l'on a de bonnes raisons de croire que d'autres groupes spécifiques peuvent être indûment affectés, ils doivent faire, eux aussi, l'objet d'une évaluation.

Avant de décider si les taux de malnutrition sont ou non acceptables (voir la norme 1 de Soutien nutritionnel général), il faut analyser la situation du moment à la lumière des points de référence locaux. Il peut s'agir, notamment, des taux de malnutrition prévalant au sein de la population avant la situation d'urgence, des taux de malnutrition chez la population d'accueil si les groupes affectés sont déplacés et vivent dans un contexte où les facteurs liés, notamment, à l'environnement naturel — et responsables d'un risque de mortalité accru — ne sont pas les mêmes que dans leur pays or région d'origine. Ainsi, les taux de malnutrition "acceptables" sont ceux qui ne sont pas associés à un risque de surmortalité.

Dans le cas des femmes enceintes et des mères allaitantes, différents risques sont associés à l'insuffisance de nutriments, à savoir : complications de la grossesse, mortalité maternelle, faiblesse pondérale à la naissance et lactation insuffisante. De manière générale, on estime que la répartition des aliments au sein du foyer permet de couvrir ces besoins nutritionnels supplémentaires (les femmes enceintes nécessitent, en moyenne, un supplément de 285 Kcal par jour ; les mères allaitantes 500 Kcal de plus quotidiennement). Il en va différemment dans certaines situations et il est possible que les femmes doivent faire l'objet d'une surveillance particulière (fer, acide folique et vitamine A notamment). La prévalence de bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2,5 kg) peut également constituer, dans certains contextes, un outil de surveillance utile. D'après les recommandations de l'OMS, si le taux d'hypotrophie à la naissance dépasse 15 %, une intervention s'impose sur le plan de la santé publique.

2. **Carences en micronutriments** : les indicateurs relatifs à la norme 1 de Soutien nutritionnel général mettent en évidence l'importance de la qualité du régime alimentaire. Si les indicateurs sont atteints, il doit être possible d'éviter la détérioration du statut de la population en ce qui concerne l'apport en micronutriments.

En matière de prévention de ces carences, il existe une variété d'options possibles, notamment : augmenter la quantité de denrées qui composent une ration générale (et faciliter ainsi les échanges d'aliments) ; améliorer la qualité nutritionnelle de chaque ration ; acheter des denrées sur le marché local pour fournir à la population des nutriments qui ne figurent pas dans la ration générale ; prendre des mesures pour encourager la production locale de produits en vue d'un apport de nutriments jugés en quantité insuffisante dans le régime alimentaire de la population ; fournir des aliments riches en micronutriments sous forme de suppléments aux rations ; prévoir l'enrichissement approprié des denrées de base ou des aliments composés et/ou prévoir des suppléments nutritifs à des fins thérapeutiques.

Trois carences en micronutriments (responsables du scorbut, de la pellagre et du bérubéri) se distinguent comme étant les manques les plus communément observés lorsque l'assistance humanitaire est inadéquate. Si elles sont mentionnées ici, c'est parce qu'elles peuvent être évitées. Les cas isolés de scorbut, pellagre et bérubéri qui sont relevés dans les dispensaires, par exemple, sont probablement le résultat d'un accès restreint à certains types d'aliments. Il y a donc de fortes chances qu'ils révèlent l'existence d'un problème touchant l'ensemble de la population et ils doivent, par conséquent, déclencher une action de portée générale. (Dans n'importe quel contexte où il est clair que ces manques de micronutriments sont un problème endémique, les niveaux de carences doivent être abaissés de manière à ne pas dépasser ceux auxquels on pourrait s'attendre en l'absence de situation d'urgence).

L'anémie due à une carence en fer, notamment chez les femmes enceintes et les adolescents encore en croissance, est l'un des autres manques en micronutriments pouvant être des facteurs importants d'une poussée du taux de mortalité. La situation d'urgence peut avoir, ou non, accru la prévalence de cette carence. Dans les contextes où un état endémique est exacerbé par la situation d'urgence, il convient d'accorder une attention spéciale à d'éventuelles mesures préventives et correctrices (voir les paragraphes précédents ainsi que la norme 3 sur le Soutien nutritionnel ciblé). Les indicateurs de performance du programme seront spécifiques au contexte.

Les efforts visant à corriger les carences en micronutriments dès la première phase d'une situation d'urgence sont compliqués par la difficulté de les détecter (voir la norme 3 sur le Soutien nutritionnel

ciblé). Les seules exceptions sont la xérophtalmie et le goitre pour lesquels il existe des critères d'identification faciles à appliquer sur le terrain. Ces carences peuvent ensuite être corrigées par des interventions visant l'ensemble de la population tels que suppléments d'iode à dosage élevé administrés aux enfants (voir ci-dessous) et iodation du sel de table.

### Indicateurs de carence clinique en vitamine A (xérophtalmie) chez les enfants âgés de 6 à 71 mois :

(La prévalence d'un ou de plusieurs indicateurs signifie que l'on est en présence d'un problème de santé publique ).

Indicateur	Prévalence minimale
Héméralopie (présente entre l'âge de 24 et 71 mois)	>1 %
Xérophtalmie avec taches de Bitot	>0,5 %
Xérose de la cornée / ulcération / kératomalacie	>0,01 %
Tissus cicatriciels sur la cornée	>0,05 %

Voir Sommer, A (1995)

Lorsqu'une campagne de vaccination est lancée contre la rougeole ou toute autre maladie, comme c'est souvent le cas dans les situations d'urgence ayant provoqué des déplacements de population, l'habitude veut que l'on administre un supplément de vitamine A à tous les enfants de moins de cinq ans, aux intervalles suivants:

Nourrissons de 6 à 12 mois : 100.000 UI par voie orale (répéter tous les 4 à 6 mois)

Enfants >12 mois : 200.000 UI par voie orale (répéter tous les 4 à 6 mois).

Pour le traitement clinique de la carence en vitamine A, ou dans le cas de soins prodigués contre la rougeole, l'OMS recommande ce qui suit:

Nourrissons < 6 mois : 50.000 UI par voie orale le premier jour et 50.000 UI par voie orale le deuxième jour.

Nourrissons de 6 à 12 mois : 100.000 UI par voie orale le premier jour et 100.000 UI le deuxième jour.

Enfants > 12 mois : 200.000 UI par voie orale le premier jour et 200.000 UI par voie orale le deuxième jour.

Ce supplément contribue à réduire la mortalité liée à la rougeole. Il est en outre recommandé, partout où cela est réalisable, que les mères reçoivent une forte dose de vitamine A (200.000 UI par voie orale), le plus tôt possible après l'accouchement et au plus tard dans les 8 semaines. (Voir : OMS (1997) et normes de services médicaux applicables à la lutte contre la rougeole au chapitre 5).

### Indicateurs de carence en iode – goitre

(La prévalence de deux indicateurs – c'est mieux -- signifie que l'on est en présence d'un problème de santé publique)

Indicateur	Population cible	Degré de gravité du problème de santé publique (prévalence)		
		léger	modéré	grave
Degré de goitre >0	enfants en âge d'être scolarisés*	5,0-19,9%	20,0-29,9%	≥30,0%
Volume de la thyroïde volume >97% par ultrasons	enfants en âge d'être scolarisés	5,0-19,9%	20,0-29,9%	≥30,0%
Teneur médiane d'iode dans l'urine (µg/l)	enfants en âge d'être scolarisés	50-99	20-49	<20
Hormonothérapie pour stimuler la thyroïde >5U/l de sang entier	nouveaux-nés	3,0-19,9%	20,0-39,9%	≥40,0%
Teneur médiane en thyroglobuline (ng/ml sérum)	enfants et adultes	10,0-19,9	20,0-39,9	≥40,0

\*de préférence chez les enfants âgés de 6 à 12 ans

Voir le document OMS/UNICEF/ICCIDD (1994). Indicateurs d'évaluation des troubles dus à la carence en iode et des techniques de prévention par iodation du sel de table. Document OMS/NUT/94.6. OMS. Genève.

Ces indicateurs de carence en iode peuvent être délicats à utiliser : les indicateurs biochimiques risquent de ne pas pouvoir être utilisés dans de nombreuses situations d'urgence et les évaluations cliniques sont susceptibles de comporter un degré élevé d'inexactitudes. Quoi qu'il en soit, bien qu'une évaluation du taux urinaire d'iode soit nécessaire pour dresser un tableau complet de la situation, une première indication du degré de gravité de la carence en iode peut être obtenue en procédant à l'examen clinique d'un échantillon valable d'enfants âgés de 6 à 12 ans.