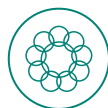


Le manuel Sphère

La Charte humanitaire
et les Standards mini-
mum de l'intervention
humanitaire



Édition 2018





Le manuel Sphère

La Charte humanitaire et les standards
minimums de l'intervention humanitaire

QU'EST-CE QUE SPHÈRE ?

LA CHARTE HUMANITAIRE

PRINCIPES DE PROTECTION

NORME HUMANITAIRE FONDAMENTALE DE QUALITÉ
ET DE REDEVABILITÉ (CHS)

APPROVISIONNEMENT EN EAU, ASSAINISSEMENT
ET PROMOTION DE L'HYGIÈNE (WASH)

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITION

ABRIS ET HABITAT

LA SANTÉ



Association Sphère
3, rue de Varembe
1202 Genève, Suisse
E-mail : info@spherestandards.org
Site Internet : www.spherestandards.org

Première édition 2000
Deuxième édition 2004
Troisième édition 2011
Quatrième édition 2018

Copyright © Sphere Association, 2018
Copyright concernant la Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité (Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability) © CHS Alliance, Sphere Association et Groupe URD, 2018

Tous droits réservés. Cet ouvrage est couvert par le droit d'auteur mais peut être reproduit à titre gratuit à des fins pédagogiques, y compris de formation, de recherche et pour des activités programmatiques, sous réserve que le titulaire du droit d'auteur soit mentionné. Cet ouvrage ne peut pas être revendu. Pour toutes autres copies, publication en ligne, réutilisation dans d'autres publications ou traduction ou adaptation, une autorisation préalable et écrite devra être sollicitée par courrier électronique à l'adresse suivante : info@spherestandards.org.

Une notice de catalogue concernant cette publication est disponible auprès de The British Library et de l'US Library of Congress.

ISBN 978-1-908176-417 PBK
ISBN 978-1-908176-615 EPUB
ISBN 978-1-908176-714 PDF

Citation : Association Sphère. *Le manuel Sphère: La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, quatrième édition, Genève, Suisse, 2018.
www.spherestandards.org/handbook

Le Projet Sphère a été lancé en 1997 par un groupe d'organisations non gouvernementales (ONG) humanitaires et par le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, dans le but d'élaborer un ensemble de standards minimums universels dans des domaines de base des interventions humanitaires : Le manuel Sphère. Le manuel vise à améliorer la qualité des interventions humanitaires dans les situations de catastrophe et de conflit, ainsi qu'à renforcer la redevabilité des actions humanitaires vis-à-vis des personnes touchées par une crise. La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire sont le fruit de l'expérience collective de nombreuses personnes et agences. Aussi, ils ne doivent pas être considérés comme la position d'une agence à titre individuel. En 2017, le projet Sphère a été enregistré sous la dénomination Association Sphère.

Distribué pour l'Association Sphère par Practical Action Publishing et ses agents et représentants dans le monde entier. Practical Action Publishing (n° d'enregistrement 1159018 au Royaume-Uni) est la société d'édition détenue à 100 % par Practical Action. Elle n'exerce son activité que pour contribuer à la réalisation des objectifs de bienfaisance de sa société mère.

Practical Action Publishing, 27a Albert Street, Rugby, CV21 2SG, Royaume-Uni
N° tél. : +44 (0) 1926 634501 - N° fax : +44 (0)1926 634502
Site Internet : <https://developmentbookshop.com/sphere>

Conception : Non-linear Design Studio, Milan, Italie
Impression : Shortrun Press Ltd Royaume-Uni.
Traduction : CPSL, France
Composition par vPrompt eServices, India

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Avant-propos | v |
| Remerciements | vii |
| Qu'est-ce que Sphère ? | 1 |
| La Charte humanitaire | 31 |
| Principes de protection | 39 |
| La Norme humanitaire fondamentale de qualité et redevabilité | 57 |
| Eau, assainissement et promotion de l'hygiène (WASH) | 103 |
| Sécurité alimentaire et nutrition | 181 |
| Abris et habitat | 273 |
| La santé | 331 |
| Annexes | 419 |
| Annexe 1: Le fondement juridique de Sphère | 421 |
| Annexe 2: Code de conduite du 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 catastrophes | 432 |
| Annexe 3: Abréviations et acronymes | 440 |
| Index | 443 |

Avant-propos

Le manuel Sphère marque son 20^{ème} anniversaire avec la publication de sa quatrième édition. Il s'agit là du résultat d'une intense mobilisation, pendant toute une année, d'acteurs humanitaires du monde entier, et elle reflète deux décennies d'expérience dans l'utilisation des standards lors d'opérations de première ligne, de développement de politiques et de plaidoyer en faveur de la qualité et de la redevabilité.

Avec un cadre clair, fondé sur les droits, le manuel s'appuie sur les fondations juridiques et éthiques de l'humanitarisme, avec des orientations pragmatiques, des bonnes pratiques mondiales et une compilation d'éléments factuels venant en aide au personnel humanitaire sur le terrain.

Sphère occupe une place unique dans le secteur, ainsi que dans le paysage humanitaire qui est en constante évolution. La présente édition s'est clairement fondée sur les engagements internationaux pris lors du premier Sommet humanitaire mondial de 2016, l'Agenda 2030 de développement durable et d'autres initiatives d'envergure mondiale.

Néanmoins, même si le paysage politique ne cesse d'évoluer, nous savons que les besoins de survie immédiats des personnes touchées par les conflits et les catastrophes demeurent largement les mêmes, quel que soit le moment auquel la crise frappe. Sphère soutient des processus politiques mondiaux et locaux, et y contribue, en rappelant la nécessité fondamentale de fournir une aide assortie de redevabilité aux personnes pour qu'elles puissent survivre, se rétablir et reconstruire leurs vies dans la dignité.

La force et la portée mondiale de Sphère résident dans le fait qu'elle appartient à tous. Ce sentiment d'appropriation est renouvelé périodiquement lors de la révision des standards par les utilisateurs eux-mêmes. Il s'agit là d'un moment auquel nous réaffirmons collectivement nos engagements et convenons d'une action améliorée pour nous assurer que les praticiens disposent des meilleures informations disponibles partout où ils pourront travailler. Ceci fait de Sphère une référence de base et rappelle l'importance fondamentale de la dignité humaine et du droit des personnes à participer pleinement aux décisions qui les affectent.

Sphère est une des bases du travail humanitaire. Il s'agit du point de départ pour les nouveaux acteurs humanitaires ainsi qu'une référence permanente pour le personnel expérimenté. Elle fournit des orientations sur les actions prioritaires et les sources où trouver des informations techniques plus détaillées. Les standards de nos partenaires fournissent un soutien supplémentaire dans des secteurs spécifiques qui vont au-delà de Sphère, afin d'aider les personnes à récupérer et à prospérer.

La présente édition bénéficie de la contribution de milliers de personnes qui travaillent avec plus de 450 organisations dans au moins 65 pays. Cette portée mondiale reflète l'expérience de contextes divers, de défis extraordinaires et de différents types d'acteurs. Les présents standards n'existeraient pas sans l'engagement inébranlable d'autant d'entre vous. Vous avez les remerciements de notre secteur, pour vos contributions lors de la révision, ainsi qu'au fil de ces deux dernières décennies.

Nous espérons pouvoir continuer ce travail important, tout en continuant d'apprendre avec vous, lorsque vous utiliserez ce manuel !



Martin McCann
Président du comité exécutif de Sphère



Christine Knudsen
Directrice exécutive

Remerciements

La présente édition du manuel Sphère est le fruit du processus de consultation le plus varié et le plus étendu dans l'histoire de Sphère. Près de 4 500 commentaires en ligne ont été reçus de 190 organisations, et plus de 1 400 personnes ont participé à 60 évènements présentiels organisés par des partenaires dans 40 pays. Sphère salue avec gratitude l'étendue et la portée des contributions apportées, y compris celles d'ONG nationales, locales et internationales, d'autorités et de ministères locaux, des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, d'universités, des organisations des Nations unies et de praticiens individuels.

Le chapitre afférent aux Abris et à l'habitat est dédié à la mémoire de **Graham Saunders**, auteur dudit chapitre dans les éditions de 2004 et 2011 et conseiller au début de l'édition de 2018.

Graham était un véritable humanitaire, ainsi qu'un réel défenseur du secteur des Abris. Sa vision, son leadership et son énergie infatigable ont contribué à positionner les questions afférentes aux abris humanitaires, ainsi qu'à façonner le terrain pour les générations futures de praticiens de ce secteur. Il s'est efforcé en permanence d'améliorer notre pratique et de professionnaliser le secteur. Il nous manquera énormément, en tant que pionnier, professionnel et ami.

Le processus de révision a été coordonné par le bureau de Sphère. Les chapitres individuels ont été rédigés par des auteurs principaux, avec le soutien interdisciplinaire d'experts thématiques désignés et de spécialistes du secteur humanitaire. La plupart des auteurs et des experts thématiques ont été proposés par leurs organisations d'origine, dévouant leur temps et leurs efforts sous la forme d'une contribution en nature.

Des groupes de rédaction et des groupes de référence ont été mis en place pour aider les auteurs et les experts thématiques dans leur travail. Sphère salue la précieuse contribution de toutes ces personnes pendant les années 2017 et 2018. Une liste complète de l'ensemble des membres du groupe de travail et du groupe de référence est disponible sur le site Internet de Sphère : spherestandards.org. Les auteurs principaux et les experts sont indiqués ci-dessous.

Les chapitres de base

- **Charte humanitaire et annexe 1** : Dr Mary Picard
- **Principes de protection** : Simon Russell (Global Protection Cluster) et Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Norme humanitaire fondamentale** : Takeshi Komino (CWSA Japon) et Sawako Matsuo (JANIC)

Chapitres techniques

- **Eau, assainissement et promotion de l'hygiène** : Kit Dyer (NCA) et Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Sécurité alimentaire** : Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Nutrition** : Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Abris et habitat** : Seki Hirano (CRS) et Ela Serdaroglu (FICR)
- **Santé** : Dr Durgavasini Devanath (FICR), Dr Julie Hall (FICR), Dr Judith Harvie (Corps médical international), Dr Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dr Eba Pasha (indépendante)

Vulnérabilités, capacités et contexte opérationnel

- **Enfants et protection de l'enfance** : Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Personnes âgées** : Irene van Horssen et Phil Hand (HelpAge)
- **Genre** : Mireia Cano (GenCap)
- **Violences sexistes** : Jeanne Ward (indépendante)
- **Personnes handicapées** : Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **Personnes vivant avec et affectées par le VIH** : Alice Fay (HCR des Nations unies)
- **Santé mentale et soutien psychosocial** : Mark van Ommeren (OMS) et Peter Ventevogel (HCR des Nations unies)
- **Crises prolongées** : Sara Sekkenes (PNUD)
- **Contextes urbains** : Pamela Sitko (WVI)
- **Coordination civilo-militaire** : Jennifer Jalovec et Mark Herrick (WVI)
- **Environnement** : Amanda George et Thomas Palo (Croix-Rouge suédoise)
- **Réduction des risques de catastrophe** : Glenn Dolcemasclo et Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Aide monétaire et marchés** : Isabelle Pelly (CaLP)
- **Gestion de la chaîne d'approvisionnement et logistique** : George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage** : Joanna Olsen (CRS)

Conseil de Sphère (Mai 2018)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FISC) (David Fisher) * Corps médicaux internationaux (CMI) (Mary Pack) * Fédération luthérienne mondiale (FLM) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje) * Oxfam International - Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Maxime Vieille, Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * Armée du Salut (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Tous nos remerciements également aux membres du Conseil qui sont à l'origine de la révision, qui ont guidé celle-ci et ont depuis quitté le Conseil, à savoir : Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the children).

Donateurs

Outre les contributions des organisations du Conseil énoncées ci-dessus, le processus de révision du manuel a reçu d'autres financements de la part de :

Agence danoise pour le développement international (DANIDA) * Ministère allemand des affaires étrangères * Irish Aid * Gouvernement australien – Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) (Ministère des affaires étrangères et du commerce) * Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO) par l'intermédiaire des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) * USAID's Office of United States Foreign Disaster Assistance (Bureau de l'aide d'urgence en cas de catastrophe de l'USAID (OFDA) * Agence suédoise de développement international (SIDA) par l'intermédiaire de l'Église de Suède * - Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) * Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCRNU) * United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (United States Department of State Bureau of Population (US-PRM) (Bureau de la population, des réfugiés et des migrations du Département d'État américain).

Équipe de révision du manuel

Christine Knudsen, Directrice générale (Sphère)

Aninia Nadig, Advocacy and Networking Manager (Responsable des activités de plaidoyer et des relations) (Sphère)

Correcteurs : Kate Murphy et Aimee Ansari (Traducteurs sans frontières)

Coordinateurs de la révision : Lynnette Larsen et Miro Modrusan

Avec le soutien du personnel de Sphère :

Tristan Hale, Learning and Training Manager (Responsable de l'apprentissage et de la formation)

Wassila Mansouri, Networking and Outreach Officer (Chef des relations et de la sensibilisation)

Juan Michel, Communications Manager (Responsable des communications) jusqu'en septembre 2017

Barbara Sartore, Communications Manager (Responsable des communications) à partir d'octobre 2017

Loredana Serban, Administration and Finance Officer (Chef administratif et financier)

Kristen Pantano et Caroline Tinka, stagiaires

Aide à la consultation en ligne : Markus Forsberg (PHAP)

Aide à la traduction : Julie Mayans (FICR)

Conception du manuel : Non-linear (www.non-linear.com)

Édition, mise en page et production : Practical Action Publishing
(www.practicalactionpublishing.org)

À plusieurs stades du processus de révision du manuel, une aide supplémentaire a été fournie par James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas et Marilise Turnbull.

Points focaux Sphère ayant organisé des consultations de révision présentielle :

ADRA Argentina (Consultation régionale avec les ADRA d'Amérique du Sud)

Organe de coordination de l'Agence d'Afghan Relief (Afghanistan)

Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP) (Alliance des défenseurs de Sphère aux Philippines)

Amity Foundation (membre du Groupe de travail sur les standards de bénévolence, Point focal pour la Chine)

BIFERD (République démocratique du Congo)

Community World Service Asia (Thaïlande et Pakistan)

Daniel Arteaga Galarza* avec *Secretaría de Gestión de Riesgos* (Équateur)

Dr Oliver Hoffmann* avec le Point focal de Sphère pour l'Allemagne

Grupo Esfera Bolivia

Grupo Esfera El Salvador

Grupo Esfera Honduras

Illiasou Adamou* avec le Sous-groupe pour la protection de l'enfance (Niger)

Indonesian Society for Disaster Management (MPBI) (Société indonésienne pour la gestion des catastrophes)

Institut Bioforce (France)

InterAction (États-Unis d'Amérique)

Inter-Agency Accountability Working Group (Groupe de travail inter-agences sur la redevabilité (Éthiopie)

Conseil des ONG coréennes pour le développement et la coopération internationale (République de Corée)

Sphere Community Bangladesh (SCB)

Sphere India

Forum ukrainien des ONG

PNUD Chili

*Points focaux individuels



Qu'est-ce que
Sphère ?

Le manuel

Qu'est-ce que Sphère ?

PRINCIPES ET FONDATIONS



Principes de protection



Charte humanitaire



Norme humanitaire fondamentale



Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (WASH)



Sécurité alimentaire et nutrition



Abri et habitat



Santé

STANDARDS

ANNEXE 1 Le fondement juridique de Sphère

ANNEXE 2 Code de conduite

ANNEXE 3 Abréviations et acronymes

Table des matières

| | |
|--|----|
| Qu'est-ce que Sphère ? | 4 |
| 1. Le manuel..... | 4 |
| Quatre chapitres de base et quatre chapitres techniques | 5 |
| Les standards minimums promeuvent une approche uniforme | 6 |
| La structure des standards..... | 7 |
| Travailler avec les indicateurs clés..... | 7 |
| Liens avec d'autres standards | 8 |
| 2. Utiliser les standards dans le contexte..... | 9 |
| Les standards s'appliquent tout le long du cycle d'un programme..... | 10 |
| Évaluation et analyse..... | 10 |
| Définition de la stratégie et conception du programme | 10 |
| Mise en oeuvre | 11 |
| Suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage..... | 11 |
| Comprendre les vulnérabilités et les capacités | 13 |
| Enfants..... | 14 |
| Les personnes âgées | 14 |
| Genre | 15 |
| Violences sexistes..... | 15 |
| Personnes handicapées..... | 16 |
| Personnes vivant avec et affectées par le VIH..... | 16 |
| Personnes LGBTQI..... | 17 |
| Santé mentale et soutien psychosocial..... | 17 |
| Comprendre le cadre opérationnel..... | 18 |
| Soutien aux acteurs nationaux et locaux | 19 |
| Crises prolongées..... | 19 |
| Contextes urbains | 20 |
| Établissements communautaires..... | 21 |
| Environnements avec présence de forces militaires nationales ou internationales | 21 |
| L'impact sur l'environnement dans le cadre des interventions humanitaires..... | 22 |
| Annexe : Fournir l'aide par le biais des marchés | 23 |
| Références et bibliographie complémentaire..... | 30 |



Qu'est-ce que Sphère ?

Le Projet Sphère, connu à présent comme Sphère, a été lancé en 1997 par un groupe d'organisations non gouvernementales humanitaires et par le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Leur objectif était d'améliorer la qualité de leurs interventions humanitaires et de rendre compte de leurs actes. La philosophie Sphère se fonde sur deux convictions essentielles :

- D'une part, les personnes touchées par une catastrophe ou un conflit ont le droit de vivre dans la dignité et, par conséquent, de recevoir de l'assistance.
- D'autre part, que toutes les démarches possibles soient faites pour alléger la souffrance humaine résultant d'une catastrophe ou d'un conflit.

La Charte humanitaire et les standards minimums mettent ces convictions fondamentales en pratique. Les Principes de protection servent de socle pour toute action humanitaire, et la Norme humanitaire fondamentale comporte des processus de normalisation permettant d'instaurer la redevabilité dans l'ensemble des secteurs. Ensemble, ils forment le manuel Sphère, lequel est devenu l'une des ressources du secteur humanitaire les plus citées à l'échelle mondiale.

1. Le manuel

Les principaux utilisateurs du manuel Sphère sont des praticiens directement concernés par la planification, la gestion ou la mise en œuvre d'interventions humanitaires. Il peut s'agir de membres du personnel et des bénévoles des agences humanitaires aux niveaux local, national et international, ainsi que de personnes elles-mêmes affectées qui réagissent face à une crise. Le manuel est également utilisé à des fins de plaidoyer humanitaire, afin d'améliorer la qualité et la redevabilité de l'aide et de la protection, dans le respect des principes humanitaires. Il est de plus en plus utilisé par les gouvernements, les donateurs, les forces armées et le secteur privé qui s'en inspirent pour orienter leurs actions et travailler de façon constructive avec les organisations humanitaires qui appliquent les standards.

Le manuel a été d'abord testé en 1998, puis des éditions révisées de ce dernier ont été publiées en 2000, 2004, 2011 et à présent, en 2018. Chaque processus de révision s'est appuyé sur des consultations à l'échelle du secteur tout entier, auprès de personnes physiques, d'organisations non gouvernementales, de gouvernements et d'agences des Nations unies. Les standards et les orientations qui en ont résulté sont alimentés par des éléments factuels et reflètent 20 années de mise en œuvre sur le terrain des praticiens du monde entier.

Cette quatrième édition marque le 20ème anniversaire du manuel Sphère et reflète les changements intervenus dans le secteur humanitaire au fil du temps.

Elle comporte de nouvelles orientations pour les interventions en contexte urbain, l'application des standards minimums en cas de crise prolongée, et la sollicitation des marchés pour apporter une aide en conformité avec les standards. Tous les chapitres techniques ont été mis à jour pour refléter la pratique actuelle, et la Norme humanitaire fondamentale harmonisée vient remplacer les Standards essentiels utilisés par le passé.

Quatre chapitres de base et quatre chapitres techniques

Le manuel reflète la volonté de Sphère d'ancrer fermement les interventions humanitaires dans une approche fondée sur les droits et les principes. Il se fonde sur le respect fondamental du droit des personnes de participer pleinement à la prise des décisions afférentes à leur rétablissement.

Les quatre chapitres de base présentent les bases éthiques, juridiques et pratiques sur lesquelles les interventions humanitaires doivent s'appuyer. Ils s'appliquent à l'ensemble des secteurs et des programmes techniques. Ils décrivent les engagements et les processus visant à assurer une intervention humanitaire de bonne qualité, et ils encouragent les intervenants à rendre compte de leurs actions auprès des personnes affectées. Ces chapitres vous aideront à mettre en œuvre les standards minimums d'une manière plus efficace dans n'importe quel contexte. Si vous lisez un chapitre technique sans lire également les chapitres de base, vous risquez de manquer certains éléments essentiels des standards. Les chapitres de base sont les suivants :

Qu'est-ce que Sphère ? (ce chapitre) présente la structure du manuel et explique comment celui-ci doit être utilisé et ses principes sous-jacents. Et encore plus important, il illustre la façon dont le manuel doit être utilisé en pratique.

La Charte humanitaire : Il s'agit de la pierre angulaire du manuel Sphère, exprimant la conviction commune des acteurs humanitaires selon laquelle toutes les personnes touchées par une crise ont le droit de bénéficier d'une protection et d'une aide. Le droit garantit les conditions essentielles pour une vie dans la dignité. La Charte constitue une toile de fond éthique et juridique pour les Principes de protection, la Norme humanitaire fondamentale et les standards minimums. Elle se fonde sur le Code de conduite de 1994 du 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 catastrophes. Le Code de conduite fait partie intégrante du manuel Sphère ⊕ *cf. annexe 2.*

Une liste des documents essentiels qui constituent la base juridique de la Charte humanitaire peut être consultée à ⊕ *l'annexe 1.*

Principes de protection : Une traduction pratique des principes juridiques et des droits énoncés dans la Charte humanitaire sous la forme de quatre principes qui informent l'ensemble des interventions humanitaires.



Le Code de conduite : 10 principes fondamentaux

1. L'impératif humanitaire, priorité absolue.
2. L'aide est apportée sans aucune considération de race, de croyance ou de nationalité du bénéficiaire, et sans discrimination d'aucune sorte. Les priorités en matière d'assistance sont déterminées en fonction des seuls besoins.
3. L'aide ne saurait être utilisée au service de convictions politiques ou religieuses quelles qu'elles soient.
4. Nous nous efforcerons de ne pas servir d'instrument à la politique étrangère des gouvernements.
5. Nous respecterons les cultures et les coutumes.
6. Nous chercherons à fonder nos interventions sur les capacités locales.
7. Nous nous emploierons à trouver des moyens d'associer les bénéficiaires des programmes à la gestion des secours.
8. Les secours doivent autant viser à limiter les vulnérabilités futures qu'à satisfaire les besoins essentiels.
9. Nous nous considérons responsables tant à l'égard des bénéficiaires potentiels de nos activités que de nos donateurs.
10. Dans nos activités d'information et de publicité, nous reconnaitrons les victimes de désastres comme des êtres humains pleins de dignité, non comme des cas désespérés.

Le Code de Conduite: Les principes de comportement pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG dans l'exécution de programmes de secours en cas de catastrophe. Pour le texte intégral ☺ cf. Annexe 2.

La Norme humanitaire fondamentale: Neuf engagements qui décrivent les processus essentiels et les responsabilités des organisations pour rendre possibles la qualité et la redevabilité dans la mise en œuvre des standards minimums.

Les quatre chapitres techniques comportent les standards minimums dans les secteurs essentiels des interventions, à savoir :

- l'approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (WASH)
- la sécurité alimentaire et la nutrition
- les abris et l'habitat
- la santé.

En pratique, les besoins humanitaires ne relèvent pas exactement d'un secteur en particulier. Une intervention humanitaire efficace doit tenir compte des besoins des individus d'une façon générale, et les secteurs doivent se coordonner et coopérer les uns avec les autres pour y parvenir. Dans le contexte d'une crise prolongée, cette nécessité peut aller au-delà de l'intervention humanitaire, un travail en étroite collaboration avec les acteurs du développement pouvant se révéler nécessaire. Le manuel comporte des références croisées qui permettent d'établir ces liens. Les lecteurs tâcheront de prendre connaissance de tous les chapitres pour adopter une approche holistique dans leurs interventions.

Les standards minimums promeuvent une approche uniforme

Les standards sont alimentés par des éléments factuels et l'expérience acquise dans le secteur humanitaire. Ils présentent les meilleures pratiques fondées sur un

large consensus. Ils ont un caractère universel en ce qu'ils reflètent des droits de l'homme inaliénables.

Néanmoins, il reste nécessaire de comprendre, de suivre et d'analyser le contexte dans lequel une intervention a lieu pour appliquer les standards avec efficacité.

La structure des standards

Les standards partagent une structure commune pour aider le lecteur à comprendre l'énoncé universel. Ils sont suivis d'une série d'actions clés, d'indicateurs clés et de notes d'orientation pour leur mise en œuvre.

- **Les standards** trouvent leur source dans le principe du droit de vivre avec dignité. Ils revêtent une nature générale et qualitative, indiquant le minimum à atteindre lors de n'importe quelle crise. Les éléments équivalents dans la Norme humanitaire fondamentale sont « l'Engagement » et le « Critère de qualité ».
- **Les actions clés** indiquent les étapes concrètes à suivre pour réaliser un standard minimum. Il s'agit de suggestions et elles peuvent ne pas s'avérer applicables dans tous les contextes. Le praticien doit choisir ce qui s'avère le plus pertinent en fonction de la situation.
- **Les indicateurs clés** servent de signaux pour mesurer si un standard est ou non atteint. Ils permettent d'évaluer les résultats des processus et des programmes par rapport au standard et pendant toute la durée de l'intervention. Les exigences quantitatives minimales constituent le niveau acceptable le plus bas de satisfaction des indicateurs et elles ne sont incluses que lorsqu'il existe un consensus sectoriel.
- **Les notes d'orientation** fournissent des informations supplémentaires à l'appui des actions clés, avec des références croisées aux Principes de protection, à la Norme humanitaire fondamentale et à d'autres standards contenus dans le manuel. Des références croisées sont également proposées concernant d'autres standards institués par le Partenariat pour les standards humanitaires.

Travailler avec les indicateurs clés

Les indicateurs clés des standards minimums de Sphère sont un moyen de mesurer si le standard est en passe d'être atteint. Il ne faut pas les confondre avec le standard en tant que tel. Le standard est universel mais les indicateurs clés, tout comme les actions clés, peuvent nécessiter une adaptation en fonction du contexte et de la phase de l'intervention. Il existe trois types d'indicateurs Sphère, à savoir :

- **Les indicateurs de processus** permettent de vérifier si une exigence minimale a été satisfaite. Par exemple : des protocoles standardisés sont utilisés pour analyser la sécurité alimentaire, les moyens d'existence et les stratégies d'adaptation ⊕ cf. *Standard 1.1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle: évaluation de la sécurité alimentaire.*
- **Les indicateurs des progrès**, constituent l'unité de mesure susceptible d'être utilisée pour déterminer le référentiel, définir un objectif (avec les



partenaires et les parties prenantes) et suivre la progression jusqu'à pleine satisfaction du standard. Par exemple : pourcentage des familles observées qui stockent l'eau systématiquement dans des conditions sûres à l'aide de conteneurs propres et couverts ⊕ cf. *Standard 2.2 sur l'approvisionnement en eau : Qualité de l'eau*. Bien que l'objectif optimal soit égal à 100 % les praticiens doivent associer l'indicateur à la réalité sur le terrain lorsqu'ils suivent les améliorations par rapport au référentiel et les progrès accomplis par rapport à l'objectif convenu.

- **Les indicateurs d'objectifs**, sont des objectifs spécifiques et quantifiables qui représentent le minimum quantifiable au-dessous duquel le standard n'est pas atteint. Ces objectifs doivent être atteints aussi rapidement que possible, faute de quoi le programme dans son ensemble pourrait s'en trouver compromis. Par exemple : pourcentage d'enfants de 6 mois à 15 ans qui ont été vaccinés contre la rougeole : l'objectif est égal à 95 % ⊕ cf. *Standard 2.2.1 Services de santé essentiels – Santé infantile : Maladies à prévention vaccinale chez l'enfant*.

Liens avec d'autres standards

Le manuel Sphère n'aborde pas l'ensemble des aspects de l'aide humanitaire qui contribuent à la réalisation du droit de vivre dignement. Des organisations partenaires ont élaboré des standards complémentaires dans plusieurs secteurs, fondés sur la même philosophie et les mêmes engagements que ceux de Sphère. Ces standards sont disponibles dans le cadre du Partenariat pour les standards humanitaires et sur leurs propres sites Internet.

- Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS) (Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage) Projet LEGS
- Standards minimums pour la Protection de l'Enfance dans l'intervention humanitaire (SMPE) : Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- Normes minimales pour l'éducation : Préparation, Intervention, relèvement : Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence)
- Minimum Economic Recovery Standards (MERS) (Normes minimales de relèvement économique) : Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP) (Réseau d'éducation et de promotion des petites entreprises)
- Minimum Standard for Market Analysis (MISMA) (Standard minimum d'analyse du marché) : Cash Learning Partnership (CaLP)
- Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire : Consortium âge et handicap

2. Utiliser les standards dans le contexte

Les interventions humanitaires se déroulent dans de nombreux contextes différents. Plusieurs facteurs influenceront la façon dont les standards minimums

peuvent être mis en œuvre dans le contexte opérationnel pour contribuer à la réalisation du droit de vivre dignement. Ces facteurs peuvent comprendre notamment:

- le cadre dans lequel l'intervention humanitaire a lieu ;
- les différences entre les populations et la diversité parmi les individus ;
- les réalités opérationnelles et logistiques, lesquelles affecteront les modalités de mise en œuvre de l'intervention humanitaire et le type de cette dernière, et
- les référentiels et les indicateurs adaptés aux différents contextes, y compris la définition des termes clés et la fixation des objectifs.

La culture, la langue, les capacités des intervenants, la sécurité, l'accès, les conditions environnementales et les ressources auront, eux aussi, une influence sur l'intervention. Il importe également d'anticiper tous effets négatifs potentiels de l'intervention, ainsi que de les limiter ⊕ cf. *Principes de protection 1 et 2*, et la *Norme humanitaire fondamentale - Engagement 3*.



Le manuel Sphère est un code volontaire qui permet d'assurer la qualité et la redevabilité et dont la vocation est de susciter une utilisation et une appropriation des standards aussi étendues que possible. Il ne s'agit pas d'un guide pratique mais d'une description de ce qu'il faut mettre en place à minima pour qu'une population touchée par une crise puisse survivre et se rétablir dans la dignité.

Se conformer aux standards Sphère ne signifie pas qu'il faille mettre en œuvre toutes les actions clés ou satisfaire à l'ensemble des indicateurs clés et à tous les standards. La mesure dans laquelle une organisation pourra satisfaire aux standards dépendra de toute une série de facteurs, dont certains échappent à son contrôle. Il arrive que des difficultés d'accès à la population affectée ou l'insécurité politique ou économique rendent impossible de réaliser les standards.

Lorsque les exigences minimales sont supérieures aux conditions de vie quotidiennes de la communauté d'accueil, il faut envisager la façon de réduire les tensions potentielles, en proposant par exemple des services communautaires. Dans certaines situations, les autorités nationales peuvent définir des exigences minimales plus élevées que les standards minimums Sphère.

Les standards Sphère constituent l'expression des droits fondamentaux afférents à la vie dans la dignité, et ils doivent demeurer inchangés. Les indicateurs et les exigences minimales peuvent nécessiter une adaptation pour être significatifs dans un certain contexte. Lorsque les standards ne sont pas être atteints, toute proposition visant à réduire les exigences minimales devra être envisagée avec prudence. S'accorder collectivement sur toute modification et signaler largement le déficit de progrès réels par rapport aux minimums. En outre, les organisations humanitaires doivent apprécier l'incidence négative qu'engendre pour la population l'impossibilité de réaliser le standard, et prendre des mesures pour minimiser cette incidence.

Utiliser cet écart de réponse pour le plaidoyer et s'efforcer d'atteindre les indicateurs aussitôt que possible.

Les standards s'appliquent tout le long du cycle d'un programme

Les standards Sphère doivent être utilisés pendant toute la durée du programme, de l'évaluation et de l'analyse jusqu'à l'évaluation et à la prise en compte des enseignements, en passant par le développement de la stratégie, la planification et la conception du programme, ainsi que la mise en œuvre et le contrôle.

Évaluation et analyse

Les standards minimums Sphère constituent une base pour la réalisation d'une évaluation et d'une analyse des besoins dans chaque secteur. Des listes de contrôle pour l'évaluation sont fournies dans chaque chapitre. Lors du déclenchement d'une crise, les standards Sphère contribuent à identifier les besoins immédiats et à définir un ordre de priorité pour les différentes activités devant répondre auxdits besoins, les chiffres planifiés et les niveaux d'aide minimum étant définis d'une façon générale. Ils contribuent à formuler les résultats minimums de l'intervention dans son ensemble. Ainsi, les standards servent également à améliorer la coordination entre les différentes organisations et les différents secteurs.

Définition de la stratégie et conception du programme

La Norme humanitaire fondamentale et les standards minimums servent de socle à la planification des interventions et ont pour but de fournir une aide humanitaire adaptée au bon moment à ceux qui en ont le plus besoin. La pleine participation des personnes affectées et la coordination avec les autorités locales sont essentielles pour y parvenir quel que soit le secteur concerné.

Les actions et les indicateurs clés fournissent un cadre pour identifier les priorités, déterminer les chiffres de planification et coordonner l'ensemble des secteurs. Cela contribue au renforcement mutuel des interventions sectorielles et au développement de la capacité de la population à subvenir à ses besoins. Les actions et les indicateurs clés indiquent la qualité de l'aide vers laquelle il faut tendre. Ils constituent également une base pour la réalisation d'une analyse de l'intervention dans le but de déterminer la meilleure façon de subvenir aux besoins identifiés et de minimiser les effets indésirables potentiellement nuisibles.

La planification du programme comporte, en général, l'analyse de plusieurs options d'intervention, comme la fourniture de biens en nature, l'aide monétaire, la fourniture directe de services, l'assistance technique ou une combinaison de l'ensemble de ces options. En général, la combinaison des options d'intervention évolue au fil du temps. Les standards minimums sont centrés davantage sur ce qui doit être fait que sur la manière d'y parvenir.

L'aide monétaire, qui est une forme de programmation fondée sur le marché, est utilisée de plus en plus souvent pour répondre aux besoins humanitaires.

Des considérations afférentes à l'utilisation de l'aide monétaire ont été intégrées dans l'ensemble du manuel et dans tous ses chapitres. L'aide monétaire peut servir pour répondre à des besoins multisectoriels ainsi qu'à des besoins propres à un secteur spécifique. Elle peut aussi servir pour parer aux pratiques discriminatoires qui restreignent l'accès des femmes à la gestion des actifs et à la prise de décision concernant ces derniers. Les subventions polyvalentes peuvent constituer un moyen efficace pour fournir de l'aide et atteindre les standards dans l'ensemble des secteurs. Toute aide monétaire doit se fonder sur une analyse multisectorielle des besoins, sur les dynamiques du contexte, les fonctionnalités du marché et une étude de faisabilité.

Les secteurs ne se prêtent pas tous bien à une programmation fondée sur le marché. C'est notamment le cas des fournisseurs de services directs ou d'assistance technique. Les fournisseurs de soins de santé et de nutrition peuvent ainsi choisir de soutenir les prestataires existants et les structures publiques locales, qui ne fonctionnent pas comme un marché.

Pour déterminer le meilleur moyen d'apporter une aide, il sera nécessaire de mener des consultations auprès de la population, d'analyser les marchés, d'apprendre comment les services sont fournis et de comprendre l'organisation de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique. Cette analyse de l'intervention devra être revue au fil du temps, en fonction de l'évolution de la situation ☺ cf. annexe 1 : *Fournir l'aide par le biais des marchés*

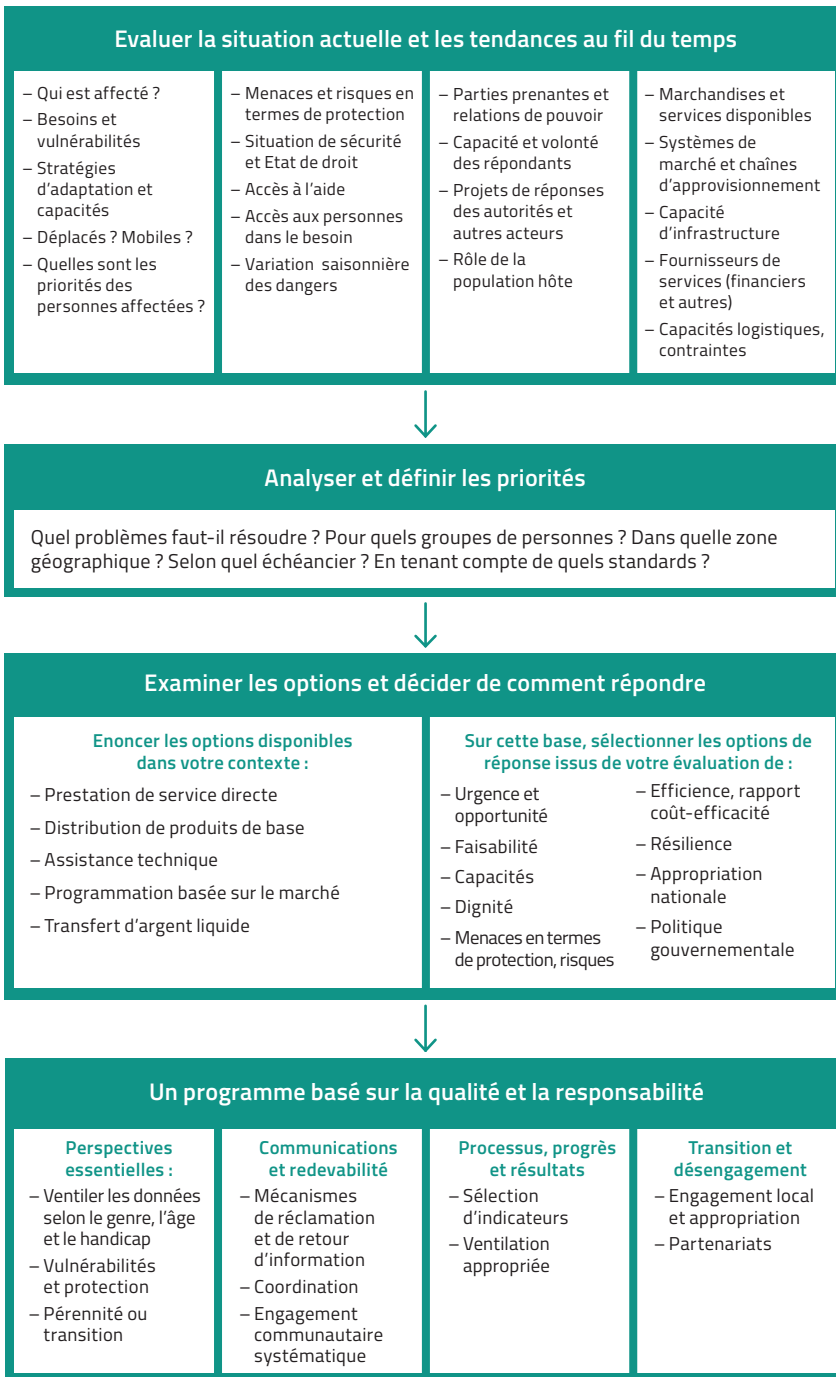
Mise en oeuvre

Si les standards Sphère ne peuvent pas être atteints pour l'ensemble de la population affectée ou une partie de celle-ci, il convient d'en étudier les raisons, d'en expliquer les lacunes et de déterminer ce qui doit changer. Évaluer les incidences négatives, y compris en termes de protection et de risques de santé publique. Documenter ces questions et travailler activement avec les autres secteurs et la population affectée pour définir les moyens qui permettront de minimiser le préjudice potentiel.

Suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage

Le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage (SERA) contribuent à une prise de décisions de gestion opportune et fondée sur des éléments factuels. Le système SERA permet d'adapter les programmes humanitaires aux contextes changeants. Chacun des standards minimums dispose d'indicateurs dont le contrôle permet de déterminer s'ils sont en passe d'être atteints, s'ils sont en passe d'être atteints d'une façon équitable pour l'ensemble de la population, ou ce qu'il reste encore à faire. L'évaluation stimule l'acquisition de connaissances permettant d'améliorer les politiques et les pratiques à l'avenir, et elle favorise la redevabilité. Les systèmes SERA stimulent aussi l'acquisition de connaissances plus étendues sur ce qu'est une action humanitaire efficace.





Comprendre le contexte pour appliquer les standards (Figure 1)

Comprendre les vulnérabilités et les capacités

Partout dans le manuel, le terme « personnes » a été utilisé dans un sens large, afin de refléter la conviction de Sphère selon laquelle tous les individus sont en droit de vivre dignement et donc de bénéficier d'une aide. Le terme « personnes » s'entend comme englobant les femmes, les hommes, les garçons et les filles, quels que soient leur âge, leur handicap, leur nationalité, leur race, leur ethnie, leur état de santé, leur identité de genre ou toute autre caractéristique que ces personnes pourraient utiliser pour se définir.

Les personnes ne jouissent pas toutes d'un contrôle égal sur le pouvoir et les ressources. Les individus et les groupes au sein d'une population présentent des capacités, des besoins et des vulnérabilités divers, qui changent au fil du temps. Des facteurs individuels tels que l'âge, le sexe, le handicap et le statut légal ou l'état de santé peuvent restreindre l'accès à l'aide. Ces facteurs, et d'autres également, peuvent aussi motiver une discrimination intentionnelle. Un dialogue systématique avec les femmes, les hommes, les filles et les garçons de tous les âges et origines (aussi bien séparément que dans le cadre de groupes mixtes) s'avère fondamental pour une bonne programmation. Le fait d'être jeune ou âgé, une femme ou une fille, une personne handicapée ou un membre d'une minorité ethnique ne fait pas d'un individu quelqu'un de vulnérable d'un point de vue universel. En revanche, c'est l'interaction des facteurs dans un contexte donné qui peut renforcer les capacités ou la résilience d'une personne ou d'un groupe ou l'empêcher d'accéder à l'aide.

Dans de nombreux contextes, des communautés et des groupes entiers peuvent, eux aussi, être vulnérables car ils vivent dans des zones éloignées, dangereuses ou inaccessibles, ou parce qu'ils sont géographiquement dispersés avec un accès limité à l'aide et à la protection. Des groupes peuvent être défavorisés et discriminés en raison de leur nationalité, de leur origine ethnique, de leur langue ou de leur affiliation religieuse ou politique, ce qui demande une attention particulière pour garantir l'impartialité.

Lorsque plusieurs groupes participent à la conception d'un programme, les interventions humanitaires sont plus complètes, rassemblent davantage de participants et entraînent des résultats plus durables. L'implication de la population affectée et sa participation sont fondamentales pour que les membres de cette dernière puissent vivre dignement.

Ventilation des données

Dans de nombreuses situations, il est difficile de recueillir ou de déterminer des données sur la population. Les données ventilées permettent néanmoins de faire ressortir les besoins divers et l'effet des actions sur les différents groupes. Elles permettent de repérer les personnes qui sont le plus à risque, de montrer si elles peuvent ou non accéder à l'aide humanitaire et s'en servir, ou s'il faut consentir plus d'efforts pour que ce soit le cas. Ventiler les données autant que possible et selon des catégories appropriées par rapport au contexte, afin de comprendre les différences fondées sur le sexe ou le genre, sur l'âge, sur le handicap,



| Sexe | Handicap | Âge | | | | | | | | | |
|-------|---------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| | | 0-5 | 6-12 | 13-17 | 18-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80+ |
| Femme | Sans handicap | | | | | | | | | | |
| | Handicap | | | | | | | | | | |
| Homme | Sans handicap | | | | | | | | | | |
| | Handicap | | | | | | | | | | |

géographiques, sur l'origine ethnique, sur la religion, sur la caste ou sur tous autres facteurs susceptibles de limiter l'accès à une aide impartiale.

Pour les données générales sur l'âge, il faut utiliser les mêmes cohortes que celles qui sont utilisées dans les systèmes nationaux. À défaut de cohortes d'âge nationales, il conviendra d'utiliser le tableau ci-dessous. Une ventilation plus détaillée peut être nécessaire pour cibler des groupes particuliers, comme les nourrissons, les enfants, les jeunes, les femmes ou les personnes âgées.

Enfants

Cette catégorie englobe un taux important de la population affectée par une crise, mais souvent moins visible. Les capacités et les besoins des enfants varient en fonction de leur âge biologique et de leur stade de développement. Il faut adopter des mesures particulières pour assurer leur protection contre tout préjudice et leur permettre un accès équitable aux services de base.

Lors des crises, les enfants se trouvent confrontés à des risques mortels particuliers : malnutrition, séparation de leurs familles, traite des êtres humains, recrutement dans des groupes armés, violences et abus physiques et sexuels ; ces risques nécessitent une action immédiate.

Les risques en matière de protection sont souvent aggravés par de nombreux facteurs. C'est ainsi, par exemple, que les garçons adolescents et jeunes risquent davantage de se faire recruter comme soldats par les forces ou des groupes armés ou de se voir contraints de participer aux pires formes de travail infantile. Les filles adolescentes présentent plus de risques d'être recrutées en tant qu'esclaves sexuelles ou de faire l'objet de la traite des êtres humains. Les enfants handicapés risquent davantage d'être abandonnés ou délaissés. Les filles handicapées ont besoin d'une attention particulière car elles se trouvent confrontées à un risque plus élevé de violences sexuelles, d'exploitation sexuelle ou de malnutrition.

Il faut chercher activement à connaître les points de vue des filles et des garçons de tous les âges et origines car ces points de vue peuvent influencer la façon dont l'aide est fournie, contrôlée et évaluée. La Convention relative aux droits de l'enfant stipule que toute personne âgée de moins de 18 ans est un enfant. Il faut analyser la façon dont la population affectée définit ce qu'est qu'un enfant afin de s'assurer qu'aucun enfant ou jeune ne soit exclu de l'aide.

Personnes âgées

Les personnes âgées sont une proportion croissante de la population dans la plupart des pays mais elles sont souvent négligées dans les interventions humanitaires.

Dans de nombreuses cultures, le fait d'être considéré comme une personne âgée est lié aux circonstances (par exemple, être grand-père ou grand-mère) ou à des signes physiques (les cheveux blancs), plutôt qu'à l'âge. Bien que de nombreuses sources définissent comme âgées les personnes de 60 ans ou plus, l'âge de 50 ans peut s'avérer plus approprié dans un contexte de crise humanitaire.

Les personnes âgées apportent leurs connaissances et leur expérience des stratégies d'adaptation. Elles assument également le rôle de soignants, de gestionnaires des ressources, de coordinateurs et de générateurs de revenus. Souvent, les personnes âgées incarnent les traditions et l'histoire, elles sont des référents culturels. L'isolement, la faiblesse physique, la perturbation des structures de soutien familiales et communautaires, les maladies chroniques, les difficultés fonctionnelles et les capacités mentales en déclin constituent tous des facteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité des personnes âgées dans un contexte humanitaire.

Il faut veiller à ce que les personnes âgées soient consultées et impliquées à chaque étape de l'intervention humanitaire. Il convient d'envisager des services, des environnements et des informations appropriés et accessibles en fonction de l'âge, et d'utiliser des données ventilées en fonction de l'âge pour le suivi et la gestion des programmes.

Genre

Le genre a trait aux différences socialement définies entre les femmes et les hommes tout au long de leur cycle de vie. Ces différences peuvent changer au fil du temps, au sein et entre les cultures, ainsi qu'en fonction du contexte. Souvent, le genre détermine les différents rôles, responsabilités, pouvoirs et accès aux ressources pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes. Comprendre ces différences et la façon dont elles ont changé pendant la crise s'avère essentiel pour une programmation humanitaire efficace et le respect des droits de l'homme. Les crises peuvent être l'occasion de s'attaquer aux inégalités entre les sexes et d'encourager l'autonomie et la responsabilité des femmes, des filles, des garçons et des hommes.

La notion de genre diffère du sexe, lequel a trait aux attributs biologiques des personnes.

Le genre ne signifie pas « les femmes uniquement ». Bien que les femmes et les filles se trouvent souvent confrontées à des contraintes liées à la détermination des rôles en fonction du sexe, les hommes et les garçons sont aussi influencés par des attentes strictes associées à la masculinité. Une programmation visant à l'égalité de genre exige d'impliquer les personnes des deux sexes pour instituer des rapports plus équitables entre femmes, filles, hommes et garçons et susciter une participation égale de toutes et tous.

Violence sexiste

La violence sexiste décrit la violence fondée sur les différences de genre entre hommes et femmes. Elle souligne la façon dont les inégalités entre hommes et



femmes constituent la base de la plupart des violences perpétrées à l'encontre des femmes et des filles à l'échelle de la planète. Les crises peuvent exacerber de nombreuses formes de violences sexistes, dont les violences conjugales, le mariage des enfants, les violences sexuelles et la traite des êtres humains.

Les organisations doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter l'exploitation et les abus sexuels à l'encontre des personnes touchées par les crises, y compris dans le cadre de leurs propres activités. Lorsque des allégations relatives à de mauvais comportements se révèlent conformes à la réalité, il importe que les autorités compétentes fassent répondre l'auteur de ses fautes et que l'affaire soit traitée en toute transparence.

Personnes handicapées

Environ 15 % de la population mondiale vit avec un handicap. Parmi les personnes handicapées, on peut citer les personnes atteintes d'un handicap physique, mental, intellectuel ou sensoriel de longue durée qui, face à de nombreuses barrières, peut les empêcher de participer à la vie sociale pleinement, effectivement et sur un pied d'égalité avec les autres.

Dans un contexte humanitaire, les personnes handicapées sont davantage susceptibles d'être confrontées à des barrières et obstacles en matière d'environnement physique, de transports, d'information et de communications, et d'accès aux installations ou aux services humanitaires. La programmation des mesures de précaution et de l'intervention nécessite de prendre en compte les capacités et les besoins de toutes les personnes handicapées, et de faire un effort particulier pour supprimer les obstacles physiques, de communication ou d'attitude qui les empêchent d'accéder à l'aide et d'y participer. Les risques pour les femmes et les filles handicapées peuvent se voir aggravés par l'inégalité de genre et la discrimination.

⊕ Cf. *références : Questions du Groupe de Washington* concernant la ventilation des données en fonction du handicap et ⊕ *Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire*, pour en savoir plus.

Personnes vivant avec et affectées par le VIH

Il est important de connaître la prévalence du VIH dans un contexte particulier pour comprendre les vulnérabilités et les risques, ainsi que pour élaborer une intervention efficace. Le déplacement peut accroître les vulnérabilités face au VIH, et les crises risquent fort de perturber la prévention, les tests, les soins, les traitements et les services d'assistance. Il est souvent nécessaire d'adopter des mesures particulières de protection contre la violence et la discrimination parmi les populations à haut risque. La situation peut être aggravée par les inégalités entre les sexes et la discrimination fondée sur le handicap, l'identité de genre ou l'orientation sexuelle. Les personnes vivant avec le VIH peuvent se voir découragées de demander à bénéficier de services en cas de crise, dans l'éventualité où ceux-ci sont disponibles. La violence, la discrimination et les

stratégies d'adaptation négatives, telles que le commerce du sexe, renforcent la vulnérabilité face à la transmission du VIH, notamment parmi les femmes, les filles et les communautés LGBTQI. Parmi les personnes présentant le risque plus élevé, on peut citer les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les personnes handicapées et les personnes détenues en milieu carcéral et d'autres lieux d'enfermement ⊕ cf. *Services de santé essentiels - Santé sexuelle et reproductive - Standard 2.3.3 : VIH*.

Des facteurs tels que la réduction de la mobilité au fil du temps et l'amélioration de l'accès à des services pour les populations affectées par une crise peuvent faire diminuer le risque de contracter le VIH. Il convient de dissiper toutes possibles idées fausses sur la présence de personnes vivant avec le VIH et l'augmentation de la prévalence du virus pour éviter les pratiques discriminatoires. Les personnes vivant avec le VIH sont en droit de vivre dignement, sans faire l'objet de discrimination, et elles doivent bénéficier d'un accès non-discriminatoire aux services.

Personnes LGBTQI

Les personnes qui s'identifient comme étant lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenre, queer ou inter-sexes LGBTQI se trouvent souvent confrontées à un risque accru de discrimination, de stigmatisation et de violences sexuelles et physiques. Elles peuvent faire face à des obstacles pour accéder aux soins de santé, au logement, à l'instruction, à l'emploi, à l'information et aux installations humanitaires. Les personnes LGBTQI se trouvent ainsi souvent confrontées à la discrimination dans le cadre des programmes d'aide, notamment en matière de logement d'urgence ou de distribution de nourriture. Ces obstacles affectent leur état de santé et leur survie, et peuvent avoir des conséquences en termes d'intégration sur le long terme. Lors de la préparation et de la planification d'une intervention, il convient de prévoir des mesures de protection spécifiques, sûres et fondées sur la solidarité. Il convient de mener une véritable consultation auprès des personnes et des associations LGBTQI à chaque stade de l'intervention humanitaire.

Santé mentale et soutien psychosocial

Les personnes réagissent différemment face au stress engendré par une crise humanitaire. Certaines sont plus susceptibles d'être dépassées par la détresse, notamment si elles ont fait l'objet d'un déplacement forcé, si elles ont été séparées des membres de leur famille, si elles ont survécu à des violences ou si elles ont eu des troubles mentaux par le passé. Il est essentiel de fournir les services de base et de sécurité selon des modalités socialement et culturellement appropriées afin de prévenir la détresse parmi les populations affectées et de lutter contre la discrimination.

Le renforcement du soutien psychosocial communautaire et de l'auto-assistance contribue à créer un environnement protecteur qui permet aux personnes affectées de s'aider les unes les autres en vue de se rétablir sur les plans social et émotionnel. Les interventions axées sur l'individu, la famille ou le groupe (y compris les



interventions cliniques) sont importantes mais elles ne doivent pas nécessairement être menées par des professionnels de la santé mentale. Elles peuvent aussi l'être par des non-professionnels formés et supervisés ⊕ cf. *Services de santé essentiels - Standard 2.5 : Santé mentale*.

Souvent, les populations affectées expriment une identité spirituelle ou religieuse et elles peuvent s'associer à une communauté confessionnelle. Cette démarche fait souvent partie de leur stratégie d'adaptation et a une influence sur le caractère approprié de l'intervention pour un large éventail de secteurs. De plus en plus d'éléments factuels démontrent que lorsque les intervenants humanitaires tiennent compte de l'identité confessionnelle des populations affectées, cela est bénéfique pour ces dernières. Les communautés confessionnelles existantes sont susceptibles d'apporter une grande contribution à toute intervention humanitaire. Une approche axée sur les personnes exige que les travailleurs humanitaires connaissent l'identité confessionnelle des populations affectées. Il existe de plus en plus d'outils qui aident à y parvenir.

Comprendre le cadre opérationnel

Les interventions humanitaires ont lieu dans des contextes extrêmement variés : des zones urbaines aux zones rurales, des conflits armés aux catastrophes soudaines, et souvent ces différents contextes sont mêlés au fil du temps. L'efficacité avec laquelle l'intervention répond aux besoins de la population affectée dépendra de différents facteurs : géographie, sécurité, société, économie, politique, et environnement. Bien que les standards minimums aient été conçus pour se concentrer sur une aide visant à sauver des vies de façon immédiate, ils s'appliquent dans le cadre d'interventions humanitaires sur quelques jours, semaines ou mois, voire sur plusieurs années. Il convient de faire évoluer l'intervention humanitaire et de l'adapter au fil du temps tout en évitant de créer une dépendance par rapport à l'aide.

Une analyse permanente du contexte et de la situation permettra de savoir à quel moment adapter un programme à un environnement changeant, notamment lorsque surviennent de nouveaux problèmes de sécurité ou des contraintes saisonnières, comme les inondations.

Une évaluation permanente de la façon dont l'intervention affecte les dynamiques locales, telles que l'achat de marchandises et de services ou la location de transports, est essentielle pour veiller à ce que l'action humanitaire n'alimente pas les dynamiques du conflit ⊕ cf. *Principe de protection 2*. Lorsque les crises se prolongent, les faiblesses systémiques sous-jacentes peuvent accroître les besoins et les vulnérabilités, ce qui nécessite des efforts supplémentaires pour la protection et le renforcement de la résilience. Certains de ces efforts seront mieux abordés par l'intermédiaire d'autres acteurs du développement ou par une coopération avec eux.

Les mécanismes de coordination tels que le système des groupes, sont nécessaires pour définir une division claire du travail et des responsabilités, ainsi que pour identifier les lacunes en termes de couverture et de qualité. Il est important

d'éviter la duplication des efforts et le gaspillage des ressources. Le partage des informations et des connaissances entre les parties prenantes, ainsi que la planification conjointe et les activités intégrées, permettent également de garantir une meilleure gestion du risque et l'amélioration des résultats d'une intervention.

Soutien aux acteurs nationaux et locaux

Reconnaissant le caractère primordial du rôle et de la responsabilité de l'État d'accueil, le manuel oriente tous les participants d'une intervention humanitaire et les organisations humanitaires dans le rôle qu'ils peuvent jouer pour aider l'État d'accueil à s'acquitter de cette responsabilité. Dans le cadre d'un conflit, la volonté des acteurs étatiques ou non étatiques de faciliter l'accès à la population sera déterminante.

Le rôle joué par l'État dans la direction ou la coordination d'une intervention sera défini par de nombreux facteurs, dont :

- l'existence d'un organisme gouvernemental chargé de la coordination ou de la mise en œuvre de l'intervention humanitaire (souvent désigné sous le nom d'Autorité nationale de gestion des catastrophes) ;
- le rôle et le pouvoir des ministères dans la fixation de normes, notamment en matière de nutrition, de médicaments essentiels et de personnel médical ; et
- l'absence de fonctionnement des institutions étatiques, comme dans le cas de zone disputées. Dans ces cas extraordinaires, il est probable que les acteurs humanitaires doivent établir leurs propres mécanismes de coordination.

Crises prolongées

Lorsqu'il est évident qu'une intervention humanitaire se poursuivra au-delà de plusieurs mois ou années, il y a lieu d'envisager des moyens différents pour répondre aux besoins de la population affectée et lui permettre de vivre dignement. Il faut explorer les possibilités de travailler avec les prestataires de services existants, les autorités locales, les communautés locales, les réseaux de protection sociale ou les acteurs du développement. Les évaluations doivent tenir compte du contexte, des préoccupations en termes de protection et de l'incidence du contexte sur les droits de la population affectée. Il convient d'impliquer les individus de tous les sexes, âges, origines et handicaps, y compris les communautés auto-proclamées, dans l'analyse, l'appréciation du contexte, la prise de décision, ainsi que dans le contrôle et l'évaluation de l'accompagnement. Il convient de rechercher le plus tôt possible des solutions à long terme et des solutions permanentes. Lorsque les acteurs humanitaires ont l'occasion de mettre en place des solutions à long terme, celles-ci doivent l'emporter sur les mesures temporaires.

Il convient de reconnaître que les personnes affectées sont souvent les premières à répondre à leurs propres besoins et à se protéger. Les autorités nationales et locales, les organisations de la société civile, les organisations confessionnelles



et autres fournissent une aide essentielle. Il convient de connaître les réseaux d'aide préexistants et de chercher les moyens de les soutenir plutôt que de ruiner leurs efforts ou d'en faire double emploi.

Contextes urbains

La population mondiale s'installant de façon croissante dans les villes, les intervenants humanitaires doivent être préparés à intervenir en zones urbaines. Les zones urbaines diffèrent généralement des autres zones en termes de :

- **densité:** une densité plus élevée de personnes, de logements, d'infrastructures, de lois et de cultures dans un espace de taille relativement réduite ;
- **diversité:** différents groupes sociaux, ethniques, politiques, linguistiques, religieux et économiques vivent très près les uns des autres ;
- **dynamiques:** les environnements urbains sont fluides et changeants, avec une mobilité élevée et des rapports de forces à mutation rapide.

Souvent, la mairie constitue l'autorité gouvernementale essentielle, elle est en lien avec d'autres acteurs et services du gouvernement, tels que les ministères. L'accès aux services de base, à la sécurité alimentaire et aux moyens d'existence doit être évalué avec soin et les questions de discrimination doivent être prises en compte. Les habitants des villes utilisent les espèces pour payer leurs loyers, acheter de la nourriture ou accéder aux soins de santé. Les standards minimums pour une vie digne s'appliquent, indépendamment des moyens utilisés pour fournir l'aide.

Les standards minimums de Sphère peuvent être utilisés pour mettre en place des points d'aide multiples dans les zones urbaines, notamment par la sollicitation des structures d'hébergement, des associations de quartier et de zone. Les groupes établis avec des intérêts communs, tels que les écoles, les clubs, les groupes de femmes et les chauffeurs de taxis, peuvent constituer des points d'entrée pratiques. Travailler avec les acteurs locaux (secteur privé, gouvernement local, chefs de quartier, groupes communautaires) peut s'avérer vital pour faire redémarrer, soutenir et renforcer les services existants, au lieu de les remplacer. Il convient de prendre en considération la contribution que l'aide humanitaire peut apporter à la planification des investissements d'une municipalité, et donc à la valeur qu'elle permet de créer pendant la crise et à plus long terme.

Comme dans tout environnement, une analyse du contexte en zone urbaine doit tenir compte des ressources et des possibilités existantes (commerce, liquidités, technologie, espaces publics, personnes possédant des compétences spécialisées), ainsi que de la diversité sociale et culturelle, des risques et des questions liées à la protection. Cette analyse doit permettre de définir une intervention et sa mise en œuvre ; elle permettra par exemple d'opter pour une aide monétaire ou une aide en nature et de déterminer la meilleure façon de procéder. Dans une économie urbaine où les espèces sont le principal moyen de paiement, il est possible d'établir des partenariats avec des acteurs du marché et du secteur technologique et ainsi de faciliter le recours à l'aide monétaire.

Habitats communautaires

Les habitats et camps communautaires planifiés, ainsi que les centres collectifs et les établissements spontanés accueillent des millions de personnes déplacées de force. Les standards Sphère peuvent être utilisés pour garantir la qualité de l'aide dans des contextes communautaires. Ils peuvent aussi aider à identifier les priorités dans le cadre des programmes multi-secteurs afin de répondre aux préoccupations de santé publique et d'accès aux services de base dans les établissements spontanés.

Dans les habitats communautaires, la création d'une équipe de gestion du camp dédiée peut contribuer à une meilleure responsabilisation et à une fourniture de services mieux coordonnée. Néanmoins, les habitats communautaires impliquent aussi des risques de protection particuliers. Ainsi, par exemple, lorsque le droit à la liberté de circulation pour quitter l'établissement est refusé, les personnes peuvent ne pas être en mesure d'accéder aux marchés ou de gagner leur vie. Une attention toute particulière doit aussi être accordée aux communautés d'accueil car les différences de traitement, réelles ou perçues, peuvent donner lieu à une intensification des tensions ou à des conflits. Dans ces cas de figure, le fait de plaider pour un type d'habitat autre que le camp et de tenir compte des besoins de la communauté d'accueil peut permettre aux populations affectées de vivre dignement.

Environnements avec présence de forces militaires nationales ou internationales

Lorsque les organisations humanitaires interviennent dans la même zone que des forces militaires nationales ou internationales, il importe de connaître les mandats des uns et des autres, ainsi que leur modus operandi, leurs capacités et leurs limites. Dans des contextes de catastrophe et de conflit, les organisations humanitaires peuvent se retrouver à travailler en étroite collaboration avec des forces militaires diverses : forces du gouvernement hôte, groupes armés non étatiques, forces internationales de maintien de la paix, etc. Les acteurs humanitaires doivent garder à l'esprit l'obligation des gouvernements hôtes d'apporter de l'aide et de la protection aux personnes touchées par une crise sur leurs territoires. Les forces militaires nationales ont souvent un mandat en ce sens.

Les principes humanitaires doivent guider tout dialogue et toute coordination entre humanitaires et militaires, à tous les niveaux et à tous les stades de l'interaction. Le partage des informations, la planification et la division des tâches constituent trois éléments essentiels d'une coordination civilo-militaire efficace. Bien qu'un partage des informations entre les acteurs humanitaires et militaires puisse avoir lieu, il doit dépendre du contexte des activités sur le terrain. Les agences humanitaires doivent s'abstenir de partager des informations accordant un avantage tactique à l'une des parties au conflit ou compromettant la sécurité des civils.

Parfois, les organisations humanitaires peuvent avoir besoin de recourir aux capacités uniques des forces armées pour les aider dans une opération humanitaire. Le soutien militaire apporté aux organisations humanitaires doit se limiter à



un soutien en termes d'infrastructures et à une aide indirecte ; l'aide directe est à utiliser en dernier ressort.

La coopération avec les forces armées ayant une incidence réelle ou perçue sur la neutralité et l'indépendance de fonctionnement d'une organisation humanitaire, elle doit être envisagée avec soin à l'avance. Des documents d'orientation établis dans le cadre d'un consensus international doivent sous-tendre à tout accord de coordination humanitaire-militaire ⊕ cf. *Norme humanitaire fondamentale - Engagement 6 et Références*.

L'impact sur l'environnement dans le cadre des interventions humanitaires

L'environnement dans lequel les personnes vivent et travaillent est essentiel pour leur santé, leur bien-être et leur rétablissement après une crise. Il est important de comprendre la façon dont l'environnement influe sur la capacité des personnes affectées à se rétablir car cela peut alimenter la réflexion lors de la conception du programme et déboucher sur des interventions plus durables pour faire face aux chocs à venir et réduire les risques futurs.

Les opérations humanitaires affectent l'environnement aussi bien directement qu'indirectement. Ainsi, une intervention humanitaire efficace nécessite une évaluation minutieuse du risque environnemental en plus d'évaluations plus larges et d'une analyse de la situation. Les programmes doivent minimiser leur incidence sur l'environnement et prendre en compte la façon dont l'approvisionnement, les transports, le choix des matériaux ou l'utilisation des terres et des ressources naturelles peut davantage protéger ou dégrader l'environnement ⊕ cf. *Standard 7 sur les abris et l'habitat : Pérennité environnementale*.

Les pays et les régions confrontés à la pauvreté et à une faible capacité institutionnelle et écologique courent davantage le risque de subir catastrophes naturelles et instabilité, ce qui crée un cercle vicieux de dégradation sociale et environnementale. Ceci a un impact sur la santé, l'éducation, les moyens existence et d'autres dimensions tels la sécurité, la dignité et le bien-être. La pérennité environnementale constitue un élément important d'une intervention humanitaire de bonne qualité ⊕ cf. *Norme humanitaire fondamentale - Engagements 3 et 9 et Standard 7 sur les abris et l'habitat : Pérennité environnementale*.

Annexe

Fournir l'aide par le biais des marchés

La présente annexe complète l'introduction du manuel Sphère, elle contient des informations et des orientations supplémentaires sur la sollicitation des marchés pour atteindre les standards minimums et aider les personnes à satisfaire leurs besoins au lendemain d'une crise. Elle est fondée sur les chapitres de base et est citée dans les chapitres techniques. De ce fait, elle fait partie intégrante du manuel Sphère. Une intervention efficace demande aux acteurs humanitaires une bonne compréhension des besoins existants et des modalités pratiques pour y répondre. Une partie de cette analyse est constituée par la compréhension du fonctionnement des marchés, ainsi que des biens et des services disponibles sur les plans local, national, régional et international. Cette compréhension permet également de soutenir (ou au moins de ne pas perturber) les marchés lors d'un programme d'intervention.

L'analyse du marché fait partie intégrante de l'analyse de l'intervention

Une fois les besoins et les capacités évalués pour identifier les priorités, il convient de procéder à l'analyse des différentes façons de répondre et de satisfaire auxdits besoins. L'analyse de l'intervention doit permettre de prendre en compte les risques et les opportunités en matière de fonctionnement, de programme et de contexte lors de la définition des modalités de l'aide. C'est que l'on appelle parfois le « choix des modalités ».

Pour déterminer la meilleure façon de répondre aux besoins par l'aide humanitaire, il faut :

- collecter et classer des informations sur les priorités et la façon dont les personnes souhaitent accéder à l'aide, tous secteurs confondus et au fil du temps, et
- comprendre les vulnérabilités économiques : celles qui existaient avant la crise tout comme celles qui sont engendrées par celle-ci.

Dans le cadre de l'analyse de l'intervention, une analyse du marché permettra de déterminer le moyen le plus efficace de répondre aux besoins prioritaires : aide en nature, fourniture de services, aide monétaire ou une combinaison de l'ensemble de ces modalités, en fonction du contexte. L'analyse du marché permettra aussi de repérer les éventuelles contraintes affectant les marchés : problématiques relatives à l'offre et à la demande, politiques, normes, règles ou infrastructures.



Quelle que soit l'option d'intervention retenue, il faut tenir compte du marché et s'efforcer de protéger les moyens d'existence, les emplois et les entreprises au niveau local. Sphère se fonde sur un respect fondamental des personnes touchées par une crise et sur un soutien dans les choix qu'elles opèrent en vue de leur rétablissement. L'analyse du marché contribue à une approche axée sur les personnes, en ce qu'elle tient compte de leurs interactions avec les marchés locaux pour se procurer des biens, des services et des revenus.

Programmation et marchés

L'aide peut être fournie par l'intermédiaire des marchés selon des modalités très variées, et cela sur le plan local, national ou régional. On peut utiliser une programmation fondée sur le marché pour fournir de l'aide, ou soutenir les marchés pour mieux servir la population affectée.


- L'approvisionnement local et régional de produits de base et d'articles non alimentaires soutient les fournisseurs sur les marchés.
- L'aide monétaire, qui aide les personnes à acheter des biens ou des services disponibles localement, soutient la demande sur les marchés.
- Le soutien apporté aux infrastructures tel l'amélioration de l'accès routier aux marchés, ou les réformes telles l'introduction de lois interdisant la fixation des prix, soutiennent le marché et lui permettent de mieux servir la population affectée.

Le sexe, l'origine ethnique ou le handicap influent souvent sur l'accès physique, financier et social aux marchés. En quoi diffère l'accès des hommes, des femmes, des jeunes et des personnes âgées aux marchés ? Les commerçants d'une origine ethnique donnée peuvent-ils accéder aux crédits financiers ? Ces facteurs, entre autres, ont une influence sur le niveau de participation des personnes aux marchés.


Les considérations éthiques et environnementales doivent être prises en compte dans l'élaboration d'un programme fonctionnant avec le marché. Veiller à ce que les marchés qui surexploitent les ressources naturelles, les écosystèmes et l'environnement ne soient pas développés de façon à faire courir encore plus de risques aux personnes.

Biens, services et marchés: Lorsque l'on répond à des besoins humanitaires prioritaires, il y a lieu de tenir compte tant des biens que des services. La plupart des standards Sphère portent sur la fourniture d'un quelconque produit de base ou d'un accès aux marchandises. Les secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation, néanmoins, se caractérisent par la fourniture ou par l'amélioration de l'accès aux services, or la réalisation de ce type d'interventions par le biais des marchés peut se révéler impossible. Lorsque l'on travaille avec des prestataires de services tiers ou avec des sous-traitants, il convient de prendre des mesures pour contrôler de près la qualité des services et des produits ⊕ cf. *Systèmes de santé - Standard 1.4 : Financement de la santé.*

Dans certains cas, des programmes fondés sur le marché qui soutiennent de façon indirecte l'accès aux services sont appropriés. L'aide monétaire peut contribuer au financement des transports nécessaires pour se rendre aux établissements médicaux ou de l'achat de matériel scolaire (uniformes, fournitures...). Le suivi des dépenses des familles fournit des données claires sur le coût de l'accès aux services, y compris à ceux qui devraient être gratuits. Le contrôle des dépenses des familles doit toujours être complété par un contrôle des résultats de l'aide monétaire.

Les secteurs fondés sur les services peuvent, eux aussi, envisager des programmes fondés sur le marché pour des biens tels que les moustiquaires traitées à l'insecticide, les approvisionnements alimentaires complémentaires et les médicaments, si les critères de qualité sont respectés  cf. *Systèmes de santé - Standard 1.3 : Médicaments essentiels et dispositifs médicaux*.

Dans la plupart des contextes, une combinaison d'interventions fondées sur le marché sera nécessaire. Les programmes fondés sur le marché devront probablement être soutenus par d'autres activités comme celles qui fournissent de l'assistance technique. Cette combinaison évoluera, par ailleurs, au fil du programme, et pourra passer de l'aide en nature à l'aide monétaire ou sous forme de coupons, ou vice-versa. Outre le contrôle du programme, le contrôle du marché est important pour confirmer ou ajuster les modalités d'aide choisies.

Une coopération entre la chaîne d'approvisionnement, les services logistiques et les fonctions programmatiques est nécessaire à tout moment. Pour en savoir plus sur les outils susceptibles d'être utilisés pour la réalisation de ces choix et analyses,  cf. *Références*.

Listes de contrôle

Check-list en cas d'aide monétaire

Cette section présente une liste des problématiques à traiter pour une aide fondée sur les marchés. Elle suit le cycle de gestion du programme et englobe d'autres éléments importants à prendre en compte dans cette approche pour respecter les standards minimums. Chaque contexte sera différent et les options afférentes aux mécanismes de mise en œuvre changeront en fonction des infrastructures, des données relatives à la protection, de la rentabilité et de la solidarité financière.

Conception des programmes

- Déterminer les critères de ciblage en fonction des objectifs du programme et y inclure des considérations propres à l'aide monétaire.
- Déterminer avec soin qui, au sein du foyer, doit recevoir l'aide monétaire, en évaluant clairement les risques et en pondérant les éventuelles préoccupations relatives à la protection.
- Identifier des mécanismes sûrs, accessibles et effectifs pour fournir l'aide au vu du contexte, des objectifs et de la taille du programme, ainsi que des connaissances et des préférences financières des bénéficiaires.



- Calculer la somme à verser en tenant compte des besoins à couvrir et des coûts y afférents.
- Fixer la fréquence et la durée des versements en fonction des besoins, des saisons, des capacités du prestataire financier et des risques en termes de protection.
- Dans la mesure des possibilités, adopter une perspective multi-sectorielle.
- Définir les problèmes essentiels et les indicateurs y afférents pour contrôler les processus, les activités, les résultats et les niveaux de réalisation.

Mise en œuvre

- Inclure des considérations spécifiques au contexte et d'autres dimensions pertinentes dans les appels d'offres à l'attention des prestataires de services, et définir des critères de sélection clairs.
- Envisager un recours aux mécanismes de prestation existants et familiers déjà en place en matière de protection sociale.
- Mettre en place des systèmes d'enregistrement et d'identification des bénéficiaires appropriés par rapport au mécanisme de fourniture de l'aide et pour la protection des données personnelles.
- S'assurer que l'enregistrement et l'identification comprennent les données demandées par le prestataire financier.
- Mettre en œuvre des mesures de protection des données et des documents.
- Mettre en place des mécanismes de numérisation des données en coopération avec d'autres organisations, dans la mesure du possible (« systèmes interopérables »).
- Définir clairement les procédures, les rôles et les responsabilités concernant le processus de remise des espèces et les mécanismes de gestion des risques.
- S'assurer que le processus d'aide monétaire est accessible et efficace.
- S'assurer que tous les groupes affectés peuvent accéder au mécanisme d'aide choisi, et ce pendant toute la durée du projet.
- S'assurer que les bénéficiaires reçoivent des informations sur les objectifs du programme et la durée de l'aide monétaire, de sorte qu'ils puissent prévoir leurs dépenses en connaissance de cause.
- S'assurer que les prestataires financiers rendent compte auprès des bénéficiaires de la gestion et du suivi des contrats ⊕ cf. *Norme humanitaire fondamentale - Engagements 4 et 5.*

Suivi, évaluation et apprentissage

- Suivre les processus, les activités, les résultats et les risques afférents à l'aide monétaire, y compris en suivant l'après-distribution.
- Contrôler si les espèces ou les coupons ont été reçu(e)s par les bonnes personnes, en toute sécurité, en temps et en heure et selon les montants prévus.
- Suivre en permanence, outre les prix, les marchés et leurs chaînes d'approvisionnement.

- Suivre les dépenses des foyers et croiser ces données avec celles des marchés pour apprécier s'il est effectivement possible de répondre à leurs besoins par l'aide monétaire et de réduire les stratégies d'adaptation négatives.
- Suivre les risques potentiels associés à l'aide monétaire, notamment les risques relatifs à la protection et tout risque d'incidence négative sur les ressources naturelles.
- Évaluer les résultats afférents à l'aide monétaire.
- Évaluer régulièrement si le choix de l'aide monétaire est efficace pour répondre aux besoins changeants, adapter le programme en conséquence et soutenir l'apprentissage permanent en vue des programmes à venir.

Check-list relative à la gestion de la chaîne d'approvisionnement et à la logistique

Cette section présente une liste des problématiques à traiter pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la logistique. Elle suit le cycle de gestion du programme et englobe d'autres éléments importants à prendre en compte.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement (GCA) commence par le choix du bien ou du service. Elle comprend l'identification de la source des besoins, l'approvisionnement, la gestion de la qualité, la gestion des risques (assurances incluses), le conditionnement, l'expédition, le transport, l'entreposage, la gestion des stocks, la livraison et la distribution. La GCA implique de nombreux partenaires différents et il importe de coordonner les activités ⊕ cf. *Norme humanitaire fondamentale - Engagement 6*.

Une expertise particulière concernant la GCA est nécessaire. Parmi les types particuliers d'expertises pertinentes, on peut citer la gestion des contrats, la gestion des transports et de l'entreposage, la gestion des stocks, la gestion de l'analyse des filières et des informations, le suivi des expéditions et la gestion des importations. Les pratiques de gestion et de contrôle doivent assurer que les marchandises arrivent aux points de distribution en toute sécurité. Néanmoins, les organisations humanitaires doivent aussi veiller à ce que les produits et les services (aide monétaire incluse) parviennent jusqu'aux personnes qui en ont besoin.

Les achats locaux et régionaux stimulent les marchés locaux, ce qui peut inciter les agriculteurs et les fabricants locaux à produire davantage et ainsi dynamiser l'économie locale. Néanmoins, lorsque les approvisionnements sont d'ores et déjà relativement limités, les achats locaux et régionaux peuvent causer des problèmes sur d'autres marchés ou perturber les réseaux commerciaux existants. À l'opposé, l'importation peut supplanter les producteurs locaux ou régionaux et aussi perturber les réseaux commerciaux existants.

Conception des programmes

- Évaluer la disponibilité locale des biens et des services requis avant de se les procurer à l'extérieur de la zone.
- Envisager de travailler avec des transporteurs locaux ou régionaux de bonne réputation ayant une bonne connaissance de la réglementation,



des procédures et des installations locales, aptes à assurer le respect de la législation du pays d'accueil et à accélérer les livraisons.

- Dans un environnement de conflit, mettre en place un contrôle rigoureux des prestataires de services.
- Veiller scrupuleusement à ce que l'approvisionnement local n'engendre pas d'hostilités (ou n'exacerbe pas ces dernières).
- Déterminer si l'utilisation des ressources naturelles est pérenne ou si elle peut entraîner de nouveaux conflits les concernant.
- Établir une procédure transparente, juste et ouverte pour l'attribution des contrats en tenant compte des options locales, nationales et internationales.
- Si plusieurs organisations sont impliquées, coordonner l'approvisionnement local dans la mesure du possible.

Mise en œuvre

- Nouer de bons rapports avec les fournisseurs, les commerçants locaux et les prestataires de services.
- Exiger la qualité appropriée des biens et des services dans les contrats, ainsi que des pratiques éthiques et durables sur le plan environnemental.
- Former et superviser les membres du personnel à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, afin que ceux-ci respectent la qualité des produits, les procédures de sécurité (pour les bénéficiaires et pour le personnel) et les pratiques éthiques et durables sur le plan environnemental.
- Faire participer le personnel des organisations partenaires à des formations et mener ces dernières dans la langue locale.
- Instaurer des procédures de redevabilité, notamment dans la planification des approvisionnements, des transports et du stockage, la gestion des stocks, la communication financière et les systèmes financiers.
- Éviter d'utiliser des aliments pour payer les opérations logistiques telles que le déchargement dans les entrepôts. Ces frais doivent être inclus dans le budget de base.
- Il est recommandé de prévoir des entrepôts séparés pour les aliments et pour les articles non alimentaires. Lorsque l'on choisit un entrepôt, s'assurer que ce dernier n'a pas été utilisé pour stocker des marchandises dangereuses et qu'il n'existe pas de danger de contamination. Parmi les facteurs à prendre en considération, on peut citer notamment la sécurité, la capacité, la facilité d'accès, la solidité structurelle et l'absence de toute menace d'inondation.
- Apprécier et gérer les risques relatifs à la sécurité des routes de transport et des entrepôts.
- En situation de conflit, mettre en place des systèmes de contrôle et superviser toutes les étapes de la chaîne d'approvisionnement afin de minimiser le risque de pillage ou de réquisition de la part des parties belligérantes.

- Analyser et prendre en considération les risques politiques et de sécurité élargis, tels que la possibilité d'un détournement des stocks au profit d'un conflit armé ⊕ cf. *Principe de protection 2*.
- Minimiser et signaler les pertes de produits à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.
- Faire inspecter les produits endommagés ou inadaptés par des inspecteurs qualifiés (comme des experts de la sécurité alimentaire et des laboratoires de santé publique), puis les faire viser en vue de leur élimination.
- Éliminer rapidement les produits endommagés avant qu'ils ne deviennent dangereux pour la santé ou la sécurité. Parmi les méthodes d'élimination des produits, on peut citer la vente (par exemple comme aliments pour animaux), la mise en terre ou l'incinération sous autorisation et en présence des autorités compétentes. Dans tous les cas, les produits inadaptés ne doivent plus revenir dans la chaîne d'approvisionnement, porter atteinte à l'environnement ni polluer les sources d'eau ⊕ cf. *Gestion des déchets solides WASH -Standards 5.1 à 5.3*.
- La gestion quotidienne exige un signalement rapide et transparent de tout retard ou écart constaté dans la chaîne d'approvisionnement. Mettre à disposition suffisamment de documents et de formulaires en langue locale dans tous les lieux où les marchandises sont reçues, stockées et/ou expédiées. Cela permet de conserver une trace documentée du contrôle des opérations.

Suivi, évaluation et apprentissage

- Suivre et gérer les canaux d'approvisionnement des produits afin d'éviter les détournements, l'interruption des distributions et les distorsions du marché.
- Informer régulièrement les parties prenantes sur les résultats des efforts consentis en faveur de la chaîne d'approvisionnement.
- Communiquer aux acteurs de la chaîne d'approvisionnement des informations pertinentes sur les niveaux des stocks, les arrivées et les distributions attendues. Retracer les niveaux des stocks pour anticiper à temps les pénuries et les problèmes. La communication d'informations auprès des partenaires peut faciliter l'obtention de prêts qui permettront d'éviter les ruptures d'approvisionnement. Si les ressources sont insuffisantes, il conviendra de classer les produits par priorité. Consulter les parties prenantes lorsque différentes solutions sont envisageables.
- S'assurer que les mécanismes de redevabilité et de communication reflètent les spécificités des processus de mise en œuvre.
- Veiller à ce que des systèmes de suivi des produits et de gestion de l'information soient en place dès le début de l'intervention.
- Évaluer régulièrement si l'aide est efficace pour répondre aux besoins changeants, adapter le programme en conséquence et soutenir l'apprentissage permanent en vue des programmes à venir.



Références et bibliographie complémentaire

Comprendre les vulnérabilités et les capacités

Washington Group Questions. Washington Group on Disability Statistics.
www.washingtongroup-disability.com

Programmation fondée sur la foi

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

Analyse du marché et programmation fondée sur le marché

Critères minimaux d'analyse de marché en situation d'urgence (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. <http://www.cashlearning.org>

Normes minimales pour le relèvement économique (MERS): Norme essentielle 2 et normes pour l'évaluation et l'analyse. The Small Enterprise Education and Promotion Network (Réseau SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Aide monétaire

CBA Programme Quality Toolbox (Boîte à outils pour l'assurance qualité du programme d'aide monétaire). The Cash Learning Partnership (CaLP).
<http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Gestion de la chaîne d'approvisionnement et logistique

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. <http://dlca.logcluster.org>

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster.
www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA.
<https://www.humanitarianresponse.info>

Bibliographie complémentaire

Pour des suggestions de lectures complémentaires, vous référer à :
www.spherestandards.org/handbook/online-resources



La Charte humanitaire

La Charte humanitaire

La Charte humanitaire définit le cadre éthique et juridique des Principes de protection, de la Norme humanitaire fondamentale et des standards minimums présentés dans ce manuel. Elle est en partie l'expression des droits et obligations juridiques reconnus; elle est aussi l'expression de nos convictions partagées.

En termes de droits et d'obligations juridiques, la Charte humanitaire résume les principes juridiques essentiels qui influent le plus sur le bien-être des personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé. Pour ce qui est de nos convictions partagées, elle est une tentative d'expression d'un consensus entre les agences humanitaires quant aux principes qui doivent guider les interventions en cas de catastrophe ou de conflit ; elle donne également une description précise des rôles et responsabilités des divers acteurs concernés.

La Charte humanitaire constitue la base de l'engagement des agences humanitaires qui adhèrent à Sphère. Elle est aussi une invitation à adopter les mêmes principes, adressée à toutes celles et tous ceux qui s'engagent dans l'action humanitaire.

Nos convictions

1. La Charte humanitaire exprime notre conviction partagée, en tant qu'agences humanitaires, que toutes les personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé ont droit à une protection et une assistance qui leur garantiront les conditions de base pour vivre avec dignité. Nous sommes convaincus que les principes décrits dans la Charte humanitaire sont universels, qu'ils s'appliquent à toutes ces personnes, où qu'elles soient, et à tous ceux qui cherchent à leur venir en aide et à assurer leur sécurité. Ces principes sont reflétés dans le droit international, mais puisent leur force en fin de compte dans le principe moral fondamental d'**humanité** : tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. En nous fondant sur ce principe, nous affirmons la primauté de l'**impératif humanitaire** : il faut agir pour prévenir ou alléger la souffrance humaine résultant d'une situation de catastrophe ou de conflit armé, et rien ne peut prévaloir sur ce principe.

En tant qu'agences humanitaires aux niveaux local, national et international, nous nous engageons à promouvoir et à respecter les principes de cette Charte, et à appliquer les standards minimums dans les efforts que nous accomplissons pour venir en aide aux personnes touchées par une catastrophe et les protéger. Nous invitons toutes les personnes qui s'engagent dans des activités humanitaires, qu'il s'agisse d'acteurs gouvernementaux ou du secteur privé, à adhérer aux principes communs qui sont présentés ci-après et qui sont l'expression de nos convictions humanitaires partagées.

Notre rôle

2. Nous reconnaissons que les personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé pourvoient à leurs besoins élémentaires en tout premier lieu grâce aux efforts qu'elles consentiront elles-mêmes, mais aussi grâce au soutien des institutions communautaires et locales. Nous reconnaissons la responsabilité et le rôle primordiaux de l'État concerné pour venir en aide aux populations affectées en temps utile, pour assurer leur protection et leur sécurité et leur apporter l'aide dont elles ont besoin pour se relever de la catastrophe qui les a touchées. Nous sommes convaincus qu'il faut absolument combiner les actions des autorités officielles et des volontaires pour prendre des mesures de prévention et organiser des interventions efficaces. À cet égard, les Sociétés nationales du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les autres acteurs de la société civile ont à jouer un rôle capital d'appui aux pouvoirs publics. Lorsque les capacités sont insuffisantes au niveau national, nous affirmons le rôle que peut jouer la communauté internationale au sens large, notamment les donateurs publics et les organisations régionales, pour aider les États à assumer leurs responsabilités. Nous reconnaissons et appuyons le rôle particulier que jouent les organisations sous mandat des Nations Unies et le Comité international de la Croix-Rouge.



3. En tant qu'agences humanitaires, nous définissons notre rôle par rapport aux besoins et aux capacités de la population touchée par une catastrophe, et par rapport aux responsabilités de son gouvernement ou des puissances qui la contrôlent. Notre rôle d'assistance met en évidence une réalité : ceux qui sont investis au premier chef de cette responsabilité ne sont pas toujours totalement en mesure d'assumer ce rôle eux-mêmes, ou ne souhaitent pas l'assumer. Dans la mesure du possible, et dans le droit fil de l'impératif humanitaire et des autres principes énoncés dans la présente Charte, nous appuierons les efforts des autorités compétentes visant à protéger et à aider les personnes touchées par une catastrophe. Nous en appelons à tous les acteurs, qu'ils soient étatiques ou non étatiques, pour qu'ils respectent le rôle impartial, indépendant et non partisan des agences humanitaires et qu'ils facilitent leur travail en levant les obstacles juridiques et pratiques inutiles, en assurant leur sécurité et en leur permettant d'avoir accès de façon suivie et en temps voulu aux populations affectées.

Principes communs, droits et obligations

4. En tant qu'agences humanitaires, nous offrons nos services sur la base du principe d'humanité et de l'impératif humanitaire, en reconnaissant les droits de toute personne touchée par une catastrophe ou un conflit armé, femme ou homme, fille ou garçon. Parmi ces droits figurent le droit à la protection et le droit à l'assistance tels qu'ils apparaissent dans les dispositions du droit international humanitaire,

des droits de l'homme et du droit des réfugiés. Aux fins de la présente Charte, nous résumons ces droits de la manière suivante :

- **le droit de vivre dans la dignité ;**
- **le droit de recevoir une aide humanitaire ; et**
- **le droit à la protection et à la sécurité.**

Bien que ces droits ne soient pas formulés en ces termes dans le droit international, ils sont un condensé de toute une série de droits juridiquement reconnus et donnent corps à l'impératif humanitaire.

5. Le **droit de vivre dans la dignité** est présent dans les dispositions du droit international, et plus particulièrement dans les mesures touchant aux droits de l'homme relatifs au droit à la vie, au droit à des conditions de vie adéquates et au droit de ne pas être exposé à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le droit à la vie entraîne l'obligation de protéger la vie lorsqu'elle est menacée. Implicitement, il commande l'obligation de ne pas refuser ni entraver l'attribution d'une aide visant à sauver des vies. Quant à la dignité, elle signifie davantage que le seul bien-être physique ; elle impose le respect de la personne, notamment des systèmes de valeurs et des croyances des individus et des communautés concernées, et le respect des droits de l'homme qui leur sont dus, dont la liberté au sens général et la liberté de conscience et de pratique religieuse.

6. Le **droit de recevoir une assistance humanitaire** est un élément indispensable du droit de vivre dans la dignité. Il comprend le droit à des conditions de vie adéquates, notamment à une nourriture, de l'eau, des vêtements et un abri adéquats et aux moyens d'être en bonne santé, éléments qui sont expressément garantis dans le droit international. La Norme humanitaire fondamentale et les standards minimums de Sphère relèvent de ces droits en ce qui concerne spécifiquement l'assistance aux personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé. Lorsque l'État ou les acteurs non étatiques n'apportent pas cette assistance eux-mêmes, nous pensons qu'ils doivent permettre à d'autres de le faire. Cette assistance doit être donnée dans le respect du principe d'**impartialité**, qui exige qu'elle ne soit fournie qu'en fonction des besoins et proportionnellement à ceux-ci. Cette attitude exprime le principe plus large de **non-discrimination** : nul ne doit subir de discrimination pour quelque raison que ce soit – âge, sexe, race, couleur, appartenance ethnique, orientation sexuelle, langue, religion, handicap, état de santé, opinions politiques ou autres, origine nationale ou sociale.

7. Le **droit à la protection et à la sécurité** est fondé sur les dispositions du droit international, sur plusieurs résolutions des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales, et sur la responsabilité souveraine des États de protéger toute personne se trouvant sous leur juridiction. La sécurité des personnes est au cœur des préoccupations humanitaires, parmi lesquelles la protection des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Comme le droit le reconnaît, certaines personnes sont particulièrement exposées aux abus et à la discrimination en raison de leur âge, de leur sexe ou de

leur race, et peuvent avoir besoin de mesures spéciales de protection et d'assistance. Si un État n'est pas en mesure de protéger les personnes dans ces circonstances, nous pensons qu'il doit faire appel à l'aide internationale pour le faire.

Le droit relatif à la protection des civils et des personnes déplacées demande ici une attention particulière :

- i. Au cours d'un **conflit armé** tel qu'il est défini dans le droit international humanitaire, des dispositions juridiques spécifiques sont prises concernant la protection et l'assistance qui doivent être accordées aux personnes qui ne sont pas engagées dans le conflit. En particulier, les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977 imposent des obligations aux parties prenant part à des conflits armés internationaux et non internationaux. Nous tenons à souligner l'immunité générale contre les attaques et les représailles dont bénéficie la population civile, et en particulier l'importance :
 - du principe de **distinction** entre civils et combattants, et entre biens de caractère civil et objectifs militaires ;
 - des principes de **proportionnalité** dans l'usage de la force et de **précaution** dans les attaques ;
 - de l'obligation de s'abstenir d'utiliser des armes qui frappent sans discrimination, ou des armes qui, par leur nature, causent des blessures superflues ou une souffrance inutile ; et
 - de l'obligation de permettre aux intervenants humanitaires de porter secours de manière impartiale.

Bien des souffrances infligées aux civils dans les conflits armés et qui pourraient être évitées découlent du non-respect de ces principes de base.

- ii. Le **droit de chercher asile ou refuge** reste vital pour la protection des personnes qui doivent faire face à des persécutions ou à de la violence. Les personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé sont souvent forcées de fuir de chez elles pour se mettre en sécurité et trouver des moyens d'existence. Les dispositions de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés (telle que modifiée) et d'autres traités internationaux et régionaux prévoient des clauses de sauvegarde fondamentales pour les personnes qui ne peuvent obtenir une protection de l'État dont elles ont la nationalité ou dans lequel elles résident, et qui sont forcées de chercher refuge dans un autre pays. La plus importante est le principe de **non-refoulement** : nul ne sera renvoyé vers un pays où sa vie, sa liberté ou sa sécurité physique serait menacée, ni où il risque d'être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Par extension, le même principe s'applique aux déplacés internes, comme le prévoit le droit international des droits humains et comme cela a été développé dans les Principes directeurs de 1998 relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays, et dans les législations régionales ou nationales s'y rapportant.



Notre engagement

8. Nous proposons nos services avec l'intime conviction que la population touchée par une catastrophe est au centre de l'action humanitaire, et nous reconnaissons que sa participation active est essentielle pour nous permettre d'apporter notre assistance de la manière qui répondra le mieux à ses besoins, notamment aux besoins des personnes vulnérables et des personnes exclues socialement. Nous nous efforcerons de soutenir les initiatives locales visant à prévenir les catastrophes ou les effets des conflits armés, à s'y préparer et à intervenir en cas de catastrophe ou de conflit armé. Nous nous efforcerons aussi de renforcer les capacités des acteurs locaux à tous les niveaux.

9. Nous sommes conscients que les activités menées pour apporter une aide humanitaire peuvent parfois avoir des effets indésirables imprévus. En collaboration avec les communautés concernées et les autorités, nous cherchons à limiter au minimum les effets négatifs de l'action humanitaire sur les communautés locales ou sur l'environnement. Pour ce qui est des conflits armés, nous reconnaissons que la manière dont l'aide humanitaire est fournie est susceptible de rendre les civils plus vulnérables aux attaques, ou parfois d'avantager sans qu'on le veuille une ou plusieurs parties au conflit. Nous nous engageons à réduire le plus possible ces effets indésirables, dans le respect des principes énumérés ci-dessus.

10. Nous agissons conformément aux principes de l'action humanitaire énoncés dans la présente Charte et aux consignes spécifiques figurant dans 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.

11. La Norme humanitaire fondamentale et les standards minimums de Sphère sont l'expression pratique des principes communs de la présente Charte, fondés sur l'interprétation que font les agences humanitaires des besoins élémentaires à satisfaire pour permettre une vie dans la dignité et sur l'expérience qu'elles ont acquise en matière d'assistance. Bien que la réalisation des standards dépende d'une série de facteurs, dont beaucoup peuvent échapper à notre contrôle, nous nous engageons à essayer de les atteindre systématiquement, et c'est dans cet esprit que nous rendrons des comptes. Nous invitons toutes les parties, notamment les gouvernements des zones touchées et les gouvernements donateurs, les organisations internationales, et les acteurs privés et non étatiques à adopter la Norme humanitaire fondamentale et les standards minimums de Sphère en tant que normes reconnues.

12. En adhérant à la Norme humanitaire fondamentale et aux standards minimums, nous nous engageons à faire tout ce qui est en notre pouvoir afin que soient satisfaits au moins les besoins les plus élémentaires de la population touchée par une catastrophe ou un conflit armé pour vivre avec dignité et en toute sécurité, notamment un approvisionnement en eau, des installations d'assainissement, une nourriture, une nutrition, des abris et des soins de santé adéquats. À cette fin, nous

continuerons d'encourager l'État et les autres parties concernés à remplir leurs obligations morales et juridiques envers cette population. Pour notre part, nous ferons en sorte que nos interventions soient plus efficaces, appropriées et responsables, par une saine évaluation et un bon suivi de l'évolution des contextes locaux, par la transparence de l'information et du processus de prise de décisions, et par une coordination et une collaboration plus efficaces avec les autres acteurs concernés à tous les niveaux, comme cela est prévu dans la Norme humanitaire fondamentale et les standards minimums. Surtout, nous nous engageons à travailler en partenariat avec la population touchée par une catastrophe, en mettant l'accent sur sa participation active aux interventions. Nous sommes conscients que c'est fondamentalement envers celles et ceux auxquels nous cherchons à venir en aide que nous sommes responsables.





Principes de protection



Charte humanitaire



Principes de protection

PRINCIPE 1

Renforcer la sécurité, la dignité et les droits des personnes, et éviter de les exposer à des préjudices

PRINCIPE 2

Garantir l'accès des personnes à une assistance impartiale, proportionnelle à leurs besoins et fournie sans discrimination

PRINCIPE 3

Aider les personnes à se remettre des effets physiques et psychologiques de menaces de violence ou de réels actes de violence, de coercition ou de privations délibérées

PRINCIPE 4

Aider les personnes à faire valoir leurs droits

ANNEXE Résumé des Standards professionnels pour les activités de protection

Sommaire

| | |
|--|----|
| Principes de protection..... | 42 |
| Principe 1..... | 44 |
| Principe 2..... | 47 |
| Principe 3..... | 49 |
| Principe 4..... | 51 |
| Annexe : Résumé des Standards professionnels pour les activités de protection | 53 |
| Références et bibliographie complémentaire..... | 55 |



Principes de protection

Il existe 4 principes de protection s'appliquant à toutes les actions humanitaires et à tous les acteurs humanitaires.

1. Renforcer la sécurité, la dignité et les droits des personnes, et éviter de les exposer à des préjudices.
2. Garantir l'accès des personnes à une assistance impartiale, proportionnelle à leurs besoins et fournie sans discrimination.
3. Aider les personnes à se remettre des effets physiques et psychologiques de menaces de violence ou de réels actes de violence, de coercition ou de privations délibérées.
4. Aider les personnes à faire valoir leurs droits.

Les principes de protection découlent directement des droits énoncés dans la Charte humanitaire : le droit de vivre dans la dignité, le droit à l'aide humanitaire et le droit à la protection et à la sécurité. Les principes définissent le rôle que tous les acteurs humanitaires peuvent jouer pour aider à protéger les personnes. Les rôles et responsabilités des acteurs humanitaires sont toutefois secondaires par rapport à ceux de l'État. C'est l'État, ou toute autre autorité compétente, qui est légalement responsable du bien-être des individus se trouvant sur son territoire

La protection aborde les aspects liés à la sécurité, à la dignité et aux droits des personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé. Le Comité permanent inter-organisations (CPI) définit la protection comme :

« ... toutes les activités visant à obtenir le plein respect des droits des individus, conformément à l'esprit et à la lettre des législations concernées (droit international relatif aux droits de l'homme, droit humanitaire international et droit international des réfugiés). »

Dans un sens plus large, la protection recouvre tous les efforts mis en œuvre par les acteurs humanitaires et les défenseurs des droits de l'homme pour garantir que les droits des personnes touchées et les devoirs des garants de ces droits au sens du droit international, soient compris, respectés, protégés et réalisés sans aucune forme de discrimination.

La protection vise à prendre des mesures permettant de protéger les personnes de la violence, de la coercition et des privations délibérées. En termes de protection, il existe souvent dans toute situation humanitaire un nombre de problèmes prioritaires qui affectent des communautés entières et qui nécessitent une action concertée en vue d'une résolution efficace. Pour que l'intervention humanitaire soit centrée sur la protection, il est essentiel de comprendre et de réduire les principaux risques des personnes touchées, y compris les graves préjudices découlant de l'incapacité à faire respecter le droit humanitaire international, celui des réfugiés ou des droits de l'homme.

ou sous sa juridiction, ainsi que de la sécurité des civils dans les conflits armés. En définitive, ce sont ces autorités qui ont le devoir d'assurer la sécurité des individus en prenant des mesures ou en faisant preuve de modération. Le rôle des agences humanitaires peut être d'encourager et d'amener par la persuasion les autorités à assumer leurs responsabilités et, si elles faillissent à leurs responsabilités, d'aider la population à en gérer les conséquences.

Ce chapitre donne des orientations sur la façon dont les organisations humanitaires peuvent contribuer à la protection des personnes en les aidant à se mettre en sécurité, à accéder à l'aide, à se remettre des effets de la violence et à faire valoir leurs droits.

Mettre en pratique les principes

Quiconque applique les standards minimums de Sphère doit être guidé par les Principes de protection, et ce, même sans disposer d'un mandat de protection spécifique ou de compétences spécialisées dans ce domaine. Cela implique de comprendre le contexte et de mettre en œuvre des mesures visant à prévenir, à limiter ou à mettre fin aux violations et aux risques pesant sur la sécurité des personnes. Il est également essentiel de fournir des informations et de soutenir la capacité des individus à prendre des décisions éclairées concernant leur propre situation et leur rétablissement.

Les acteurs spécialisés dans la protection doivent se conformer à ces principes ainsi qu'aux standards spécifiques complémentaires. Les acteurs spécialisés dans la protection mènent leurs activités de façon autonome sur des sujets de préoccupation précis, tels que :

- protection de l'enfance ;
- violence sexiste ;
- droits au logement, droits fonciers et droits de propriété ;
- action contre les mines ;
- primauté du droit et justice ;
- assistance juridique ;
- défense des droits de l'homme ;
- populations déplacées à l'intérieur du territoire ; et
- droits des réfugiés.

⊕ Cf. *Références à la fin du chapitre* et *Annexe : Résumé des Standards professionnels pour les activités de protection*, couvrant la recherche des familles, le renouvellement de documents, la protection des données et d'autres domaines.

Activités de protection

Les activités liées à la protection peuvent être d'ordre préventif, réactif, correctif ou concerner le renforcement de l'environnement. Le respect des Principes de protection nécessite d'associer ces activités entre elles.

- **Préventives** : Empêcher toute menace potentielle pour la sécurité, la dignité ou les droits, ou réduire l'exposition ou la vulnérabilité à ces menaces.



- **Réactives** : Mettre un terme aux violations ou abus observés en réagissant immédiatement lorsque des actes de violence, de coercition ou de privation se produisent.
- **Correctives** : Apporter des solutions pour faire face aux abus passés et présents en offrant des soins de santé (y compris un soutien psychosocial), une assistance juridique ou tout autre service permettant aux personnes de retrouver leur dignité.
- **Renforcement de l'environnement** : Agir pour créer un environnement juri-dique institutionnel, culturel, social et politique propice au plein respect des droits des populations touchées. Cela implique notamment de défendre le respect des droits conformément au droit international.

Le travail de sensibilisation, qu'il soit public ou privé, est un élément commun à ces quatre types d'activités. Lorsque les menaces pesant sur les populations touchées sont le résultat de décisions, d'actes ou de politiques délibérés, le travail des agences humanitaires ou des organisations de défense des droits de l'homme doit viser à susciter des changements dans ces décisions, actions et politiques qui menacent les droits de la population concernée. Il peut s'agir d'influencer ou de faire évoluer le comportement d'une personne ou d'une organisation qui représente une menace, et/ou de chercher à modifier les politiques ou les cadres juridiques discriminatoires. Il peut également s'agir de soutenir les efforts que la population fait pour assurer sa propre sécurité et de réduire les risques auxquels elle est confrontée.

Principe de protection 1 : Renforcer la sécurité, la dignité et les droits des personnes, et éviter de les exposer à des préjudices

Les acteurs humanitaires prennent des mesures pour réduire l'ensemble des risques et la vulnérabilité des personnes, y compris les effets potentiellement négatifs des programmes d'aide humanitaire.

Ce principe consiste à :

- Comprendre le contexte en matière de risques liés à la protection.
- Fournir une aide permettant de réduire les risques auxquels les personnes sont susceptibles d'être confrontées lorsqu'elles subviennent à leurs besoins dans la dignité.
- Fournir de l'aide dans un environnement qui n'expose pas davantage les individus à des risques physiques, à de la violence ou à des abus.
- Soutenir la capacité des personnes à se protéger par elles-mêmes.

Au cœur de ce principe repose l'idée selon laquelle il est important d'éviter tout effet négatif généré par les programmes d'aide humanitaire ⊕ cf. *Engagement n°3 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.

Notes d'orientation

Analyse du contexte : Comprendre le contexte et anticiper les conséquences de l'action humanitaire susceptibles d'affecter la sécurité, la dignité et les droits des populations touchées. Travailler avec des partenaires et des groupes de femmes, d'hommes, de garçons et de filles affectés par la situation afin de procéder à une analyse régulière des risques au fur et à mesure que la situation évolue dans le temps.

La liste ci-dessous n'est pas exhaustive mais peut servir de base pour conduire ce genre d'analyse :

- Quels sont les menaces, risques et vulnérabilités en matière de protection qui pèsent sur l'ensemble de la population ? De quelles capacités dispose la population pour les minimiser ?
- Certains groupes sont-ils exposés à des risques spécifiques ? Pourquoi ? Tenir compte, par exemple, de l'origine ethnique, de la caste, de la classe sociale, du genre, du sexe, de l'âge, de la situation de handicap ou de l'orientation sexuelle.
- Existe-t-il des obstacles empêchant les personnes de bénéficier d'une aide ou de prendre part aux décisions ? Il peut s'agir d'obstacles d'ordre physique, social ou liés à la sécurité, ou cela peut concerner la façon dont les informations sont fournies.
- Que font les communautés locales pour se protéger par elles-mêmes ? Comment les organisations humanitaires peuvent-elles soutenir ces efforts et ne pas les saper ? Les personnes qui se protègent par elles-mêmes encourent-elles des risques ?
- Les individus recourent-ils à des stratégies négatives d'adaptation comme des rapports sexuels monnayés, des mariages précoces, le travail des enfants ou la migration à risque ? Qu'est-il possible de faire pour limiter les vulnérabilités sous-jacentes ?
- Les activités humanitaires ont-elles des conséquences négatives imprévues, comme l'exposition des personnes à des risques aux points de distribution, ou la survenue de divisions au sein de la communauté ou avec les communautés d'accueil ? Qu'est-il possible de faire pour réduire ces risques ?
- Existe-t-il des lois répressives impliquant un risque pour la protection, comme le dépistage obligatoire du VIH, la criminalisation des relations homosexuelles, ou autres ?

Mettre en place et entretenir des mécanismes d'échange d'informations et de redevabilité avec les communautés, y compris celles qui sont exposées à des risques, afin d'identifier et de gérer les problèmes liés à la protection.

Éviter de devenir complice de violations des droits des personnes par le biais d'activités légitimant les politiques et les pratiques qui sont à l'origine du problème. On peut par exemple citer les activités impliquant un déplacement forcé de populations pour des raisons politiques ou militaires, ou toute



escalade du conflit indirectement liée à des choix hasardeux de partenaires ou de fournisseurs commerciaux.

Cette analyse peut impliquer des choix et des décisions difficiles mais cela doit être clairement pris en compte et analysé au gré des circonstances.

Aide humanitaire : La façon dont l'aide est apportée et l'environnement dans lequel elle est fournie, peut rendre les personnes plus vulnérables aux préjudices, à la violence ou à la coercition.

- Fournir de l'aide dans un environnement le plus sûr possible et rechercher activement des moyens de minimiser les menaces et les vulnérabilités. Par exemple, l'éducation et les soins de santé doivent être apportés dans des endroits auxquels toutes les personnes peuvent accéder en sécurité ⊕ cf. *Manuel INEE*.
- Prendre toutes les dispositions raisonnables pendant la fourniture et la gestion de l'aide afin de protéger les personnes contre les agressions physiques et sexuelles. Une aide sous forme pécuniaire ou de biens de consommation de valeur par exemple, peuvent faire l'objet de pillages et ainsi exposer les bénéficiaires à des risques de préjudice.
- Aider les personnes à trouver des solutions sans risque pour satisfaire leurs besoins de base tout en réduisant leur exposition aux risques. Par exemple, fournir d'autres types de combustible afin de réduire le besoin de récolter du bois dans des environnements dangereux.
- Concevoir des activités qui protègent les garçons et les filles et qui ne créent pas de risques supplémentaires, comme l'enrôlement ou l'enlèvement d'enfants, ou encore la séparation d'avec la famille ⊕ cf. *Manuel SMPE*.
- Se coordonner avec les autorités gouvernementales et les organisations spécialisées sur les questions du déminage et des munitions non explosées dans les zones où une aide est apportée ⊕ cf. *références Action antimines ci-dessous*.
- Envisager tout impact imprévu sur l'environnement et susceptible d'affecter la sécurité, la dignité et les droits des personnes.
- Consulter les différents groupes au sein de la communauté, et notamment les groupes à risque et les organisations auxquelles ils font confiance, afin de trouver la meilleure façon de leur venir en aide. Par exemple, travailler avec des personnes handicapées pour déterminer le bon moyen de leur venir en aide. Leur bien-être ne doit pas être exposé à davantage de risques, ni celui des personnes auxquelles elles font confiance pour recevoir de l'aide en leur nom.

Mécanismes de protection communautaire : Comprendre les moyens auxquels les individus recourent pour essayer d'assurer leur propre protection, ainsi que celle de leurs familles et de leurs communautés. Soutenir les initiatives

d'entraide communautaires. Les interventions humanitaires ne doivent pas compromettre la capacité des personnes à se protéger elles-mêmes et à protéger les autres.

Informations sensibles : Garantir que la façon dont les agences humanitaires recensent et partagent les informations n'expose pas les individus à des risques. Établir des règles pour la collecte et la transmission d'informations sensibles. Ces règles doivent définir les circonstances dans lesquelles des informations peuvent être transmises et respecter le principe du consentement éclairé. Dans le cas contraire, cela peut compromettre la sécurité des survivants et du personnel.

Principe de protection 2 : Garantir l'accès des individus à une assistance impartiale, proportionnelle à leurs besoins et fournie sans discrimination

Les acteurs humanitaires identifient les obstacles qui empêchent d'accéder à l'aide et prennent des mesures qui permettent de garantir que l'aide est apportée de façon proportionnelle aux besoins et sans discrimination.



Ce principe consiste à :

- Remettre en question toute action qui empêche délibérément les personnes de satisfaire leurs besoins essentiels, en se fondant sur les grands principes humanitaires et la législation applicable ⊕ cf. *la Charte humanitaire*.
- S'assurer que les individus reçoivent de l'aide en fonction de leurs besoins et qu'ils ne subissent aucune discrimination de quelque ordre que ce soit.
- Garantir l'accès à l'aide pour toutes les parties de la population touchée.

Au cœur de ce principe repose l'idée selon laquelle les communautés doivent avoir accès à l'aide humanitaire dont ils ont besoin ⊕ cf. *Engagement n°2 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.

Notes d'orientation

Impartialité : Définir les priorités dans la fourniture de l'aide uniquement en fonction des besoins et fournir l'aide proportionnellement à ces besoins. Il s'agit ici du principe d'impartialité tel qu'il est énoncé 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 catastrophes ⊕ cf. *Annexe 2 et la Charte humanitaire*. Les organisations humanitaires ne doivent pas se concentrer sur un groupe en particulier (comme par exemple les personnes déplacées dans un camp ou des minorités spécifiques) si le fait d'accorder la priorité à un groupe

se fait au détriment d'un autre groupe ayant également des besoins au sein de la population touchée.

Droit à une aide humanitaire : Plaider en faveur du respect des droits des individus touchés par une crise à recevoir une aide humanitaire. Lorsque les personnes ne peuvent satisfaire leurs besoins de base et que les autorités compétentes ne sont pas en mesure de leur fournir l'assistance nécessaire, ces autorités ne doivent pas refuser l'accès à des organisations humanitaires impartiales. Un tel refus est une violation du droit international, en particulier dans les situations de conflit armé. Il n'est pas nécessaire que les personnes touchées par la crise aient un statut juridique spécial pour recevoir une aide humanitaire et bénéficier d'une protection.

Les autorités ne doivent pas nier l'existence des besoins humanitaires ni mettre en place des obstacles bureaucratiques pour restreindre la liberté de mouvement des travailleurs humanitaires.

Obstacles à l'accès : Surveiller l'accès des personnes à l'aide humanitaire afin d'identifier et de comprendre les obstacles auxquels elles sont susceptibles d'être confrontées. Prendre des mesures pour lever ces obstacles lorsque cela est possible.

- Envisager les obstacles réduisant la liberté de circulation des individus ou leur accès physique à l'aide humanitaire. Ces obstacles peuvent prendre la forme de barrages, de champs de mines et de points de contrôle. Dans un conflit armé, les parties en présence peuvent installer des points de contrôle mais ceux-ci ne doivent pas désavantager certaines catégories de personnes ni les empêcher indûment d'accéder à l'aide humanitaire.
- Lever les obstacles susceptibles de restreindre l'accès de certains groupes et individus, et donc de rendre l'accès à l'aide inégal. Les obstacles peuvent conduire à des discriminations envers les femmes et les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées ou les minorités. Ils peuvent également empêcher les personnes d'obtenir de l'aide sur la base de critère ethnique, religieux, politiques, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, de langue ou de tout autre considération.
- Fournir des informations sur les droits et les mécanismes de retours d'informations dans un format et une langue compréhensibles. Promouvoir la diffusion auprès de groupes à risque « invisibles », comme les personnes handicapées, les enfants des rues, ou les individus vivant dans des régions moins accessibles, afin de leur permettre d'accéder à l'aide en toute sécurité.

Principe de protection 3 : Aider les individus à se remettre des effets physiques et psychologiques d'actes ou de menaces de violence, de coercition ou de privations délibérées

Les acteurs humanitaires doivent fournir un soutien immédiat et constant aux individus ayant subi des violations, y compris en les orientant vers d'autres services si cela est nécessaire.

Ce principe consiste à :

- Orienter les survivants vers des services d'aide adaptés.
- Prendre toutes les dispositions raisonnables pour que la population touchée ne soit plus l'objet de violences, de coercition ou de privations.
- Soutenir les efforts faits par les personnes elles-mêmes pour retrouver leur dignité et leurs droits au sein de leur communautés et pour être en sécurité.

Au cœur de ce principe repose l'idée selon laquelle les communautés et individus touchés par la crise reçoivent une assistance complémentaire et coordonnée ⊕ cf. *Engagement n°6 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.



Notes d'orientation

Orientations : Connaître les systèmes d'orientation existants et aider les personnes touchées par la violence à accéder en toute sécurité à des services adaptés. Certaines personnes ne cherchent pas toujours à obtenir de l'aide après un acte de violence. Prendre des mesures permettant de comprendre les obstacles qui empêchent les personnes de demander de l'aide, et adapter le système d'orientation en conséquence.

Soutenir les survivants de violences sexistes ou physiques pour qu'ils aient accès à des services leur offrant soins de santé, assistance policière, soins de santé mentale, soutien psychosocial, et autres. Ces services doivent tenir compte du sexe, de l'âge, de la situation de handicap, de l'orientation sexuelle et d'autres facteurs pertinents ⊕ cf. *Directives pour intégrer les interventions contre les violences sexistes dans l'action humanitaire*.

Définir et utiliser des mécanismes sûrs et efficaces d'orientation vers des services de protection de l'enfance auprès desquels les enfants ayant survécu à des violences, à l'exploitation, à des abus et de la maltraitance pourront trouver un soutien.

Action communautaire : Soutenir l'action communautaire et les activités d'entraide qui aident les personnes à retrouver un sentiment de capacité et à mieux se protéger.

Soutenir les mécanismes de réponse mis en place par les familles, les communautés et les individus en matière de protection, de santé mentale et de soutien psychosocial. Il peut s'agir de créer des opportunités pour que les personnes

puissent évoquer leur situation, choisir de répondre à des menaces spécifiques en matière de protection, et élaborer et prendre des mesures permettant de faire face à ces menaces.

Aider les groupes locaux, comme les groupes de jeunes, de femmes ou les groupes religieux, à mettre en place des moyens non-violents d'autoprotection, et soutenir les personnes vulnérables.

Lorsque cela est possible, garder les familles groupées, y compris les familles non-traditionnelles, et permettre aux personnes provenant d'un même village ou appartenant au même réseau d'entraide de vivre dans la même zone.

Soutenir les stratégies d'adaptation positives mises en place par les communautés, comme l'organisation de funérailles conformes à leur culture, les cérémonies et les pratiques religieuses, ainsi que les pratiques culturelles et sociales exemptes de danger.

Violations constantes, suivi et signalement : Connaître les mécanismes permettant de signaler des violations des droits l'homme et suivre les procédures et règles mises en place pour un partage sécurisé des informations sensibles ⊕ cf. *Principe de protection 1* et *Annexe : Résumé des Standards professionnels pour les activités de protection*

Les violations persistantes doivent également être prises en compte et gérées avec des partenaires et des agences spécialisées. C'est au gouvernement et aux autres autorités compétentes qu'incombe la responsabilité principale de protéger les individus. Collaborer avec des agences spécialisées afin d'identifier les acteurs étant légalement responsables, ou ayant la capacité de fournir une protection, et les rappeler à leurs obligations.

Les services de sécurité et de maintien de l'ordre, la police, les forces militaires et de maintien de la paix jouent un rôle important pour garantir la sécurité physique des individus. Lorsque la situation le permet et qu'il n'y a pas de danger, attirer l'attention de la police, des services de maintien de l'ordre ou des forces militaires sur toute violation des droits de l'homme.

Pendant un conflit armé, envisager de suivre la situation des institutions qui fournissent des services essentiels et sont spécifiquement protégées par le droit humanitaire international, comme les écoles et les hôpitaux, et signaler toute attaque dont elles font l'objet. Fournir des efforts spécifiques pour réduire les risques et les menaces d'enlèvement ou d'enrôlement forcé qui peuvent survenir dans ces institutions.

Gestion des informations sensibles : Les organisations humanitaires doivent suivre des règles et des procédures claires pour guider leur personnel sur la façon de réagir s'ils ont connaissance ou sont témoins d'abus, et sur la façon d'orienter les personnes touchées vers des spécialistes ou des agences spécialisées. Ces règles doivent préciser le caractère confidentiel des informations.

Les preuves telles que les dépositions de témoins, les profils de population et les images qui permettent d'identifier des personnes peuvent être très sensibles et exposer les personnes à des risques. Les informations sensibles sur des violations ou des abus précis doivent être recueillies par des agences spécialisées possédant les compétences, les systèmes, les capacités et les protocoles nécessaires ⊕ cf. *Annexe 1 : Standards professionnels pour les activités de protection*

Principe de protection 4 : Aider les personnes à faire valoir leurs droits

Les acteurs humanitaires aident les communautés touchées à faire valoir leurs droits en fournissant des informations et des documents, et en soutenant leurs efforts pour un meilleur respect de leurs droits.

Ce principe consiste à :

- Soutenir les personnes dans l'affirmation de leurs droits et l'obtention d'une réparation de la part du gouvernement ou d'autres sources.
- Aider les personnes à se procurer les documents dont elles ont besoin pour faire valoir leurs droits.
- Promouvoir le plein respect des droits des individus et du droit international en créant un environnement plus protecteur.



Au cœur de ce principe repose l'idée selon laquelle les personnes touchées par une crise doivent connaître leurs droits ⊕ cf. *Engagement n°4 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.

Notes d'orientation

Accessibilité des informations : Fournir une éducation et des informations permettant aux personnes de comprendre et de défendre leurs droits. Informer les individus à propos de leurs droits, par exemple en ce qui concerne leur droit au retour et leurs options de réinstallation. Travailler avec des organisations spécialisées qui apportent une aide juridique visant à informer les personnes sur les droits qui leurs sont conférés par les lois et la réglementation du pays concerné.

Fournir des informations dans une langue que les personnes touchées peuvent comprendre. Utiliser différents formats (écrit, images, audio) afin que les informations soient largement compréhensibles. Tester la compréhension du message auprès de différents groupes en tenant compte des variations liées à l'âge, au genre, au niveau d'éducation et à la langue maternelle.

Documentation : Les individus ont tous des droits, qu'ils possèdent ou non certains documents. Cependant, l'absence de certains documents tels qu'un acte de naissance, un acte de mariage, un acte de décès, un passeport, des actes de propriété ou un diplôme, peut compliquer l'exercice de ces droits. Orienter ces

personnes vers les agences qui sont capables de fournir ou de remplacer ces documents.

Il convient de ne pas confondre les documents juridiques reconnus par les autorités compétentes avec les documents fournis par les organisations humanitaires, comme les cartes de rationnement ou les documents d'enregistrement. Les documents officiels délivrés par les autorités ne doivent pas servir à déterminer quels individus peuvent bénéficier de l'aide des organisations humanitaires.

Accès au système judiciaire et à l'aide juridique : Tout individu a le droit de demander réparation auprès du gouvernement et des autorités compétentes en cas de violations de ses droits. Il peut s'agir d'une indemnisation pour la perte d'un bien, ou la restitution de ce bien. Il est également en droit d'attendre que les auteurs de ces violations soient traduits en justice.

Aider les individus qui choisissent des recours juridiques à accéder à l'institution judiciaire en toute sécurité. Des mécanismes d'orientation efficaces nécessitent de savoir quelles agences peuvent apporter une aide juridique.

Éviter de promouvoir l'accès à la justice dans des situations où une procédure judiciaire risque de nuire encore davantage aux victimes. Par exemple, les soignants et les réseaux d'orientation en rapport avec les violences sexistes doivent connaître le système médico-légal national et les lois en vigueur relatives à la violence sexuelle. Informer les survivants de toute loi exigeant un signalement obligatoire susceptible de limiter la confidentialité des informations communiquées par les patients. Cela peut influencer la décision du survivant à poursuivre les soins ou à signaler les faits, mais cela doit être respecté ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standard pour la santé sexuelle et la reproduction 2.3.2.*

Pendant les crises, les communautés touchées peuvent recourir à des mécanismes alternatifs et informels de résolution des conflits tels que la médiation au niveau communautaire. Lorsque cela existe, informer les individus et leur expliquer comment ils peuvent accéder à ces services.

L'accès aux terres et la propriété foncière peuvent être des sujets de discordes majeurs. Encourager les autorités et les communautés à travailler ensemble pour résoudre les problèmes liés à l'accès aux terres ou à la propriété foncière.

Annexe

Résumé des Standards professionnels pour les activités de protection

Dans un conflit armé ou d'autres situations de violence, il est essentiel de protéger les civils susceptibles d'être exposés à des préjudices et à des souffrances. Une intervention de protection efficace nécessite des compétences professionnelles et l'adhésion à des standards professionnels minimums qui ont fait l'objet d'un accord commun et s'appliquent à tous les acteurs travaillant à la protection.

Les Standards professionnels pour les activités de protection ont été établis afin que celles-ci soient réalisées selon une base commune, partagée par les acteurs humanitaires et les défenseurs des droits humains, afin notamment de maximiser l'efficacité de ces activités auprès de la population touchée. Ils viennent compléter les Principes de protection.

Ces standards reprennent l'idée selon laquelle les personnes doivent être au centre des mesures prises en leur nom. Les personnes ont un rôle important à jouer dans l'analyse, l'élaboration et la surveillance des interventions de protection au vu des menaces et des risques auxquels elles sont confrontées. Au-delà de l'amélioration de leur sécurité physique, les mesures de protection doivent également promouvoir le respect des droits, la dignité et l'intégrité des personnes exposées à des risques ou faisant l'objet de violations ou d'abus.

L'étendue des activités mises en œuvre par les acteurs humanitaires varie grandement et il est primordial que tous les acteurs intègrent dans leurs pratiques les questions de protection en conformité avec les Principes de protection. Les Standards professionnels sont en premier lieu destinés aux professionnels de la protection et aux organisations réalisant des activités de protection spécifiques dans un conflit armé et d'autres situations de violence.

Les standards professionnels représentent pour les organisations une base solide à partir de laquelle elles peuvent analyser et élaborer en interne des règles, des principes directeurs et concevoir des supports de formation. Ils servent de cadre de référence pratique pour les spécialistes concevant et mettant en œuvre des stratégies de protection au niveau du terrain. Ils peuvent également être source d'inspiration. Ils forment un cadre de référence utile pour aider les autres acteurs et parties en présence à comprendre comment les acteurs spécialisés dans la protection mettent en œuvre, en toute sécurité, des activités visant à renforcer la protection des individus et des communautés.

Ces standards n'ont pas pour but de réglementer les activités de protection ni de limiter leur diversité, mais plutôt de compléter d'autres principes professionnels et d'encourager les acteurs de la protection à les intégrer dans leurs propres pratiques, règles et formations.



Les Standards professionnels 2018 sont organisés comme suit :

1. Principes généraux pour les activités de protection
2. Gestion des stratégies de protection
3. Comprendre et renforcer l'architecture de la protection
4. S'appuyer sur les fondements juridiques de la protection
5. Promouvoir la complémentarité
6. Gérer les données et les informations relatives à la protection
7. Garantir les capacités professionnelles

Les standards proposent un point de vue sur les implications des technologies de l'information et de la communication (TIC), ainsi que sur la législation croissante en matière de protection des données, avec des conseils spécifiques sur la gestion des informations relatives à la protection.

Pour obtenir des résultats positifs en matière de protection, un certain degré de dialogue et d'interaction est nécessaire entre les acteurs humanitaires et les défenseurs des droits humains, les opérations de maintien de la paix de l'ONU et d'autres forces militaires et de police agissant sous mandat international. Dans le cadre de ces interactions, les Standards professionnels fournissent des conseils pour respecter une approche fondée sur des principes.

Les efforts nationaux, régionaux et internationaux visant à lutter contre « l'extrémisme violent » par des lois antiterroristes sont également traités dans les Standards professionnels, lesquels précisent comment ce type de législation peut affecter les activités des acteurs de la protection.

Télécharger les Standards professionnels pour les activités de protection dans la boutique e-Book du CICR : <https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html>.

Références et bibliographie complémentaire

Protection générale : contexte et outils

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. <http://sitap.org>

Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence. CICR, 2018. <https://www.icrc.org>

Politique du Comité Permanent Interorganisations sur la protection dans le cadre de l'action Humanitaire. CPI, 2016. <https://interagencystandingcommittee.org>

Violence sexiste

Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. CPI, 2015. gbvguidelines.org

Droits au logement, droits fonciers et droits de propriété

Principes concernant la restitution des logements et des biens dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées. HCDH, 2005. <http://www.refworld.org>

Personnes déplacées à l'intérieur du pays

Manuel pour la protection des déplacés internes. Global Protection Cluster, 2010. <http://www.globalprotectioncluster.org>

Santé mentale et soutien psychosocial

Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans des situations d'urgence. CPI, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Action antimines

Normes internationales de l'action contre les mines. <https://www.mineactionstandards.org>

Personnes âgées et personnes handicapées

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. International Age and Disability Capacity Programme (ADCAP). HelpAge, 2018. www.helpage.org

Enfants et protection de l'enfance

Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire. Global Protection Cluster, 2012. <http://cpwg.net>



INEE Normes minimales pour l'éducation : Préparation, interventions, relèvement.
INEE, 2010. <http://toolkit.ineesite.org>

Bibliographie complémentaire

Pour des suggestions de lectures complémentaires, vous référer à :
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliographie complémentaire

Protection générale : contexte et outils

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. Action Aid, 2009. www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf

Slim, H. Bonwick, A. *La protection : Un guide ALNAP pour les organisations humanitaires.* ALNAP, 2005. <https://www.alnap.org/help-library/la-protection>

Renforcer la protection des civils dans les conflits armés et autres situations de violence. CICR, 2017. <https://www.icrc.org/fr/publication/0956-renforcer-la-protection-des-civils-dans-les-conflits-armes-et-autres-situations-de>

Les directives opérationnelles sur les droits de l'homme et les catastrophes naturelles de l'IASC. CPI, 2011. <http://www.refworld.org.es/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4a8a93132>

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Déclaration sur la place centrale de la protection dans l'action humanitaire. IASC, 2013. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/1511170f.pdf>

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Giossi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards.* ICRC, 2001. <https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards>

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response.* HPG Report 26. ODI, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf>

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. OCHA, 2016. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

RMF 53 : Communautés locales : fournisseurs de protection de premier et de dernier ressort. Université d'Oxford et Centre d'études sur les réfugiés, 2016. <http://www.fmreview.org/fr/protection-communautaire.html>

Stratégies et capacités d'autoprotection

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. DG ECHO, EC, 2016.



ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. Local to Global Protection, 2015.

www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Aide monétaire

Guide pour la protection dans le cadre des interventions monétaires. HCR et partenaires, 2015. http://www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-fr.pdf

Personnes handicapées

Notes d'Orientation 1 : Travailler avec les personnes handicapées dans les situations de déplacement forcé. HCR, 2011. <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4f06a8452>

Washington Group on Disability Statistics. 2018.

www.washingtongroup-disability.com

Inclure les enfants handicapés dans l'action humanitaire : Protection de l'enfance. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/downloads/UNICEF_Child_Protection_French.pdf

Violence sexiste

Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence. OMS, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44132/9789242595680_fre.pdf;jsessionid=A5CAD14DC135E513B8BEC33912AEB244?sequence=1

Violence basée sur le genre à l'encontre des enfants et des jeunes handicapés : Une boîte à outils à l'attention des acteurs de la protection de l'enfance. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016.

<https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/document/download/1418>

Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatives à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires : Outil à destination des professionnels des VBG. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Droits au logement, droits fonciers et droits de propriété

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Manuel sur la restitution des logements et des biens des réfugiés et personnes déplacées. Pour la mise en œuvre des "Principes Pinheiro". Observatoire des situations de déplacement interne, FAO, OCHA, Haut-Commissariat aux droits de l'homme

des Nations Unies, UN-Habitat et HCR, 2007. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/pinheiro_principles_fr.pdf

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010. <https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/>

Personnes déplacées à l'intérieur du pays

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons*. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004. <https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/>

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005. <https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/>

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Mise en œuvre de l'action concertée face aux situations de déplacement interne : Directive pour les coordinateurs humanitaires et/ou résidents et les équipes de pays des Nations Unies. CPI, 2004. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IDP%20Policy%20Package%20-%20French.pdf

Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays. Nations Unies, 1998. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G98/143/19/PDF/G9814319.pdf?OpenElement>

Santé mentale et soutien psychosocial

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Personnes âgées

Action Humanitaire et Personnes Âgées. Informations indispensables pour les acteurs humanitaires. OMS, HelpAge International, CPI, 2008. http://www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_FR.pdf

Enfants et protection de l'enfance

Principes directeurs inter-agences relatives aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille. CICR, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, HCR



et World Vision, 2004. <http://www.unhcr.org/fr/protection/children/4b151b95e/principes-directeurs-inter-agences-relatifs-enfants-accompagnes-separes.html>

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. CPWG, 2010. http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

INSPIRE: Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. OMS, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254627/9789242565355-fre.pdf?sequence=1>

Principes et Engagements de Paris en vue de protéger les enfants contre une utilisation ou un recrutement illégaux par des groupes ou des forces armés. UNICEF, 2007. https://www.unicef.org/french/protection/57929_58012.html

Normes intégrées de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR). UN-DDR, 2006. <http://www.unddr.org/iddrs.aspx?&lang=fr>

Manuel à l'intention des professionnels et des décideurs en matière de Justice dans les affaires impliquant les enfants victimes et témoins d'actes criminels. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/09-8664_F_ebook_no_sales.pdf

VIH

La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Lignes directrices unifiées. OMS, 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/fr/>

Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins. Déclaration conjointe des Nations Unies. OMS, 2017. <http://www.who.int/fr/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>

Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. OMS, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/fr/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Implementing comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Personnes LGBTQI et personnes ayant une orientation sexuelle, une identité et une expression de genre, et des caractéristiques sexuelles diverses

Principes de Jogjakarta sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. International Commission of Jurists, 2007. <http://yogyakartaprinciples.org/principles-fr/>

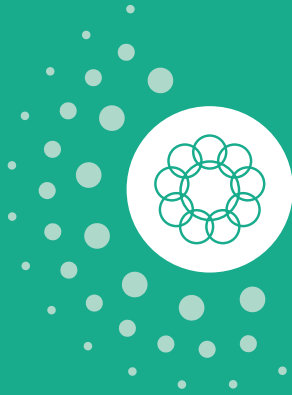
Déclaration conjointe des entités des Nations Unies pour mettre fin à la violence et à la discrimination à l'égard des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI). UNHCR, 2015. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_FR.PDF

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2015. www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents

Travailler avec les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées en situations de déplacement forcé. UNHCR, 2011. <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=577b6ee64>

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284>





Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité (CHS)

La Charte humanitaire et les Principes de protection soutiennent directement la Norme humanitaire fondamentale. Ensemble, ces trois chapitres constituent les principes et les bases des Standards minimums de Sphère.



ANNEXE Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés et des responsabilités organisationnelles (online)

Table des matières

| | |
|--|----|
| Une norme fondamentale avec neuf engagements | 60 |
| Engagement n°1 | 62 |
| Engagement n°2 | 65 |
| Engagement n°3 | 68 |
| Engagement n°4 | 72 |
| Engagement n°5 | 77 |
| Engagement n°6 | 81 |
| Engagement n°7 | 84 |
| Engagement n°8 | 88 |
| Engagement n°9 | 93 |
| Annexe : Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés et des responsabilités organisationnelles (online) | |
| Références et bibliographie complémentaire | 98 |



Une norme fondamentale avec neuf engagements

De nombreuses personnes et organisations interviennent lors d'une crise humanitaire. Certains éléments et modalités de travail communs sont donc utiles pour promouvoir une réponse efficace. Sans approche commune, les résultats peuvent s'avérer incohérents et imprévisibles.

La Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité (CHS) énonce neuf engagements que les organisations et les acteurs impliqués dans toute intervention humanitaire peuvent utiliser pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'aide fournie. Elle renforce aussi le principe de redevabilité envers les communautés et les personnes touchées par une crise, le personnel, les donateurs et autres parties prenantes. Le fait de connaître les engagements des organisations humanitaires permettra à ces parties de leur demander des comptes. Il s'agit d'un cadre volontaire pour les acteurs et les organisations.

La norme s'applique aux niveaux de la réponse et de l'élaboration des programmes et à toutes les phases de l'action humanitaire. Toutefois, les neuf engagements n'ont pas pour objet de correspondre à une phase particulière du cycle de programme. Certains sont plus appropriés à certains stades, alors que d'autres, comme la communication avec les personnes affectées, s'appliquent à toutes les phases.

La Norme humanitaire fondamentale (CHS) forme, avec la Charte humanitaire et les Principes de protection, une base solide dans le cadre du manuel Sphère et contribue à l'élaboration de l'ensemble des standards techniques. Le manuel contient des références croisées entre les chapitres techniques et la section de base.

Des informations plus détaillées sur la Norme humanitaire fondamentale, notamment des ressources visant à aider les utilisateurs à l'appliquer, sont disponibles sur le site corehumanitarianstandard.org.

Une structure unique

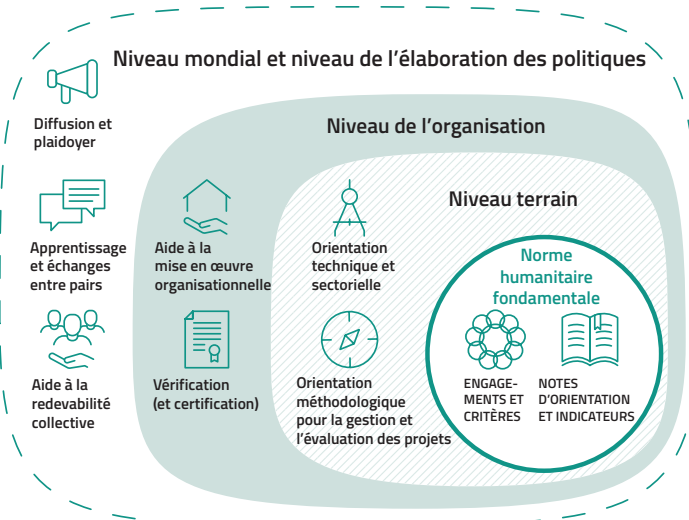
La Norme humanitaire fondamentale (CHS) est le fruit d'un effort collectif du secteur humanitaire pour harmoniser les normes fondamentales de Sphère, HAP (Humanitarian Accountability Partnership), People In Aid et le Groupe URD, et les intégrer dans un seul cadre. Elle est désormais gérée au nom du secteur par Sphère, CHS Alliance et le Groupe URD qui détiennent conjointement la propriété des droits d'auteur.

Chacun des neuf engagements se concentre sur un aspect spécifique de l'intervention humanitaire. Ensemble, ils forment une approche solide pour une action humanitaire efficace et responsable.

La structure de la Norme humanitaire fondamentale (CHS) diffère légèrement des autres normes de Sphère :

- L'**engagement** envers les communautés et les personnes affectées par la crise énonce ce que celles-ci peuvent attendre des organisations et des acteurs fournissant une aide humanitaire.
- Le **critère de qualité** décrit une situation dans laquelle l'engagement est atteint et de quelle manière l'organisation et le personnel humanitaires doivent travailler pour tenir l'engagement.
- Les **indicateurs de performance** mesurent les progrès dans la réalisation de l'engagement, guident l'apprentissage et encouragent les améliorations, et permettent de comparer les périodes et les lieux.
- Les **actions clés** et les **responsabilités organisationnelles** décrivent les actions que le personnel doit déployer ainsi que les politiques, les processus et les systèmes que les organisations doivent mettre en place pour veiller à ce que leurs personnels fournissent une aide humanitaire responsable et de grande qualité.
- Les **notes d'orientation** appuient les actions clés et les responsabilités organisationnelles avec des exemples et des informations complémentaires.
- L'**aide à la réflexion** renforce les activités de planification, d'évaluation et d'analyse (voir annexe 1 disponible online).
- Les **références** fournissent des informations complémentaires sur des questions spécifiques.

Le tableau suivant montre comment la Norme humanitaire fondamentale peut être utilisée à différents niveaux. Sphère, le Groupe URD et CHS Alliance proposent des outils complémentaires sur le site corehumanitarianstandard.org.



Outils et supports de la Norme humanitaire (Figure 2)

Engagement n° 1

Les communautés et les personnes affectées par la crise reçoivent une aide adaptée à leurs besoins.

Critère de qualité

L'intervention humanitaire est adaptée et justifiée.

Indicateurs de performance

1. Les communautés et les personnes affectées par la crise considèrent que l'intervention humanitaire tient compte de leurs besoins, de leur culture et de leurs préférences spécifiques.
2. L'aide et la protection fournies correspondent aux risques, aux vulnérabilités et aux besoins évalués.
3. L'intervention tient compte des capacités, des compétences et des connaissances des personnes qui ont besoin d'aide et de protection.

Actions clés

1.1 Procéder de manière continue à une analyse objective et systématique du contexte et des parties prenantes.

- Évaluer le rôle et la capacité du gouvernement local et d'autres acteurs politiques et non politiques, ainsi que l'impact que la crise a sur eux.
- Évaluer les capacités locales existantes (matérielles, humaines, des marchés) à répondre aux besoins prioritaires en matière d'aide et de protection, sachant que ceux-ci sont amenés à changer avec le temps.
- Recouper et vérifier les informations, sachant que les données issues d'une évaluation initiale seront nécessairement incomplètes mais qu'elles ne doivent pas empêcher la mise en œuvre d'actions destinées à sauver des vies.
- Évaluer la sécurité des populations affectées, déplacées et hôtes afin d'identifier toute menace de violence et toutes formes de coercition et de déni de subsistance ou des droits fondamentaux de l'homme.
- Évaluer les dynamiques de pouvoir et de genre, ainsi que la marginalisation sociale, pour définir une action plus efficace et durable.
- Travailler en coordination avec d'autres acteurs afin d'éviter aux communautés de subir de multiples évaluations des besoins. Les évaluations et les conclusions conjointes doivent être partagées avec les organisations intéressées, les gouvernements et les populations affectées.

1.2 Concevoir et mettre en œuvre des programmes appropriés, fondés sur une évaluation impartiale des besoins et des risques, ainsi que sur une bonne compréhension des vulnérabilités et des capacités des différents groupes.

- Évaluer les besoins en matière de protection et d'aide des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents, des personnes vivant dans des zones difficiles

d'accès et des personnes à risque telles que les handicapés, les personnes âgées, les personnes socialement isolées, les ménages monoparentaux dirigés par une femme, les minorités ethniques ou linguistiques et les groupes stigmatisés (par exemple, les personnes vivant avec le VIH).

1.3 Adapter les programmes en fonction de l'évolution des besoins, des capacités et du contexte.

- Suivre la situation politique et adapter l'analyse et la sécurité des parties prenantes.
- Consulter régulièrement les données disponibles, notamment épidémiologiques, pour éclairer la prise de décisions et donner la priorité aux interventions destinées à sauver des vies.
- Rester suffisamment flexible pour repenser toute intervention à mesure que les besoins évoluent. S'assurer que les donateurs sont d'accord avec les changements apportés aux programmes selon le besoin.

Responsabilités organisationnelles

1.4 Les politiques engagent à fournir une aide impartiale fondée sur les besoins et les capacités des communautés et des personnes affectées par la crise.

- Les organisations disposent de politiques, de processus et de systèmes contribuant au respect des principes humanitaires et de solidarité.
- Le personnel comprend ses responsabilités et dans quelle mesure il pourra avoir à rendre des comptes.
- Les organisations partagent ces politiques en toute transparence avec les autres parties prenantes.

1.5 Les politiques définissent des engagements qui prennent en compte la diversité des communautés, notamment les personnes défavorisées ou marginalisées, et la collecte des données ventilées.

- Les niveaux de ventilation des données requis pour l'évaluation et l'élaboration de rapports sont clairement spécifiés.

1.6 Des processus sont mis en place pour garantir une analyse régulière et adéquate du contexte.

- Les travailleurs humanitaires reçoivent l'aide de leurs organisations pour acquérir les connaissances, les compétences, les comportements et les attitudes nécessaires à la gestion et à l'exécution des évaluations.

Notes d'orientation

L'*évaluation et l'analyse* forment un processus et non un événement ponctuel. Selon le temps disponible, une analyse approfondie doit être effectuée. L'identification des capacités et des besoins des personnes et des communautés



affectées ne doit pas reposer sur des suppositions, mais sur des évaluations entraînant un dialogue continu avec elles en vue de trouver les réponses les plus adéquates.

Envisager de donner une formation de base sur les premiers soins psychologiques au personnel chargé d'effectuer les évaluations. Celui-ci pourra plus facilement prendre en charge les personnes en détresse durant une évaluation.

Des évaluations spécialisées pour les groupes dont la protection peut être compromise doivent être menées. Les évaluations spécifiques effectuées auprès de femmes, d'hommes, de garçons et de filles pour comprendre les violences, les discriminations et autres dangers auxquels ils sont exposés, sont un exemple.

Évaluation impartiale : Le principe d'impartialité ne signifie pas nécessairement que tout le monde doit être traité de la même manière. La fourniture d'une aide fondée sur le respect des droits de l'homme requiert de comprendre qu'il existe des capacités, des vulnérabilités et des besoins différents. Les personnes peuvent être vulnérables en raison de facteurs individuels tels que l'âge, le sexe, le handicap, la santé, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, ou parce qu'elles s'occupent de personnes vulnérables.

Vulnérabilité : Certains facteurs sociaux et contextuels contribuent également à la vulnérabilité des personnes. Ils comprennent la discrimination et la marginalisation, l'isolement social, la dégradation de l'environnement, les fluctuations climatiques, la pauvreté, l'absence de régime foncier, une gouvernance inadaptée, l'ethnicité, l'appartenance à des classes, à des castes et à des groupes religieux ou politiques.

Capacités locales existantes : Les personnes, les communautés, les organisations et les autorités affectées par la crise possèdent déjà les compétences, les connaissances et les capacités pour faire face et réagir à une catastrophe et pour s'en remettre. Faire participer activement les personnes affectées à la prise de décisions pour préserver leur droit de vivre dignement. Des efforts ciblés peuvent être nécessaires pour renforcer la participation de groupes généralement sous-représentés tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les minorités linguistiques ou ethniques.

La **ventilation des données** est importante pour comprendre l'effet des actions ou des événements sur différents groupes. Les bonnes pratiques encouragent la ventilation des données au moins par sexe, âge et handicap. Les autres facteurs dépendent du contexte.

L'analyse des données ventilées est nécessaire pour une utilisation des standards adaptée au contexte et le suivi. Une utilisation judicieuse des données ventilées peut permettre de déterminer qui a été le plus affecté et qui est en mesure d'accéder à l'aide, et d'identifier les actions à renforcer pour atteindre les populations en danger ⊕ cf. *Qu'est-ce-que Sphère*.

Analyse régulière et utilisation efficace des données : Les systèmes de gestion des ressources humaines doivent être suffisamment flexibles pour recruter et déployer rapidement des équipes d'évaluation.

Allouer aux programmes les budgets et les ressources en fonction des besoins. Le financement doit permettre une analyse continue des besoins en matière d'aide et de protection, et l'adaptation et la correction des programmes, y compris des mesures destinées à faciliter l'accès (mécanismes de diffusion, accessibilité des installations et communication).

Engagement n°2

Les communautés et les personnes affectées par la crise ont accès à temps à l'aide humanitaire dont elles ont besoin.

Critère de qualité

L'intervention humanitaire est efficace et fournie à temps.

Indicateurs de performance

1. Les communautés et les personnes affectées par la crise, notamment les groupes les plus vulnérables, considèrent qu'elles reçoivent à temps l'aide et la protection dont elles ont besoin.
2. Les communautés et les personnes affectées par la crise considèrent que l'intervention humanitaire répond à leurs besoins.
3. Les rapports de suivi et d'évaluation indiquent que l'intervention humanitaire a rempli ses objectifs en termes de délais, de qualité et de quantité.



Actions clés

2.1 Concevoir des programmes qui répondent aux contraintes de sorte que l'action proposée soit réalisable et ne mette pas en danger les communautés.

- Repérer et signaler clairement toute contrainte s'il est impossible d'évaluer les besoins d'une zone, y compris les lieux difficiles d'accès, ou d'un groupe de personnes spécifiques, et d'y répondre.
- Soutenir en priorité les capacités d'intervention locales lorsque les plans d'urgence indiquent que des zones ou des populations sont vulnérables et peuvent être difficiles d'accès.

2.2 Réaliser l'intervention humanitaire à temps, en prenant les décisions et en agissant sans retard inutile.

- Connaître les conditions de vie, les pratiques culturelles, les saisons, les calendriers agricoles et d'autres facteurs influençant la prestation des services pertinents à temps.

- Prévoir une fenêtre temporelle pour la réalisation des activités et des systèmes de suivi dans les plans de programmation ; anticiper et surveiller les retards.
- Savoir que les décisions seront prises sur la base de données incomplètes aux premiers stades d'une crise et affiner les décisions à mesure que les informations sont disponibles.
- Travailler en coordination avec les autres acteurs en vue d'élaborer des stratégies communes pour répondre à des problèmes collectifs qui empêchent de fournir l'aide à temps.

2.3 Transmettre aux organisations disposant de l'expertise technique et du mandat pertinents tout besoin non couvert, ou plaider pour que ces besoins soient traités.

- Cela comprend les besoins d'information ainsi que les besoins de protection et d'aide non couverts.

2.4 Utiliser les standards techniques pertinents et les bonnes pratiques employés par l'ensemble du secteur humanitaire pour planifier et évaluer les programmes.

- Appliquer les standards techniques nationaux s'ils existent, adaptés au contexte humanitaire.
- Plaider en coordination avec les parties prenantes compétentes en faveur de l'utilisation de standards internationaux approuvés en complément des standards nationaux (y compris les normes de Sphère et de partenaires dans les secteurs liés).

2.5 Faire le suivi des activités, des résultats et des conséquences des réponses humanitaires de manière à adapter les programmes et à corriger les performances insuffisantes.

- Définir des indicateurs de performance incluant une échéance et tenant compte du contexte. Les analyser de manière régulière afin de mesurer les progrès accomplis au regard des besoins en matière d'aide et de protection.
- Inclure les progrès par rapport aux objectifs et aux indicateurs de performance, en plus des activités et des résultats (tels que le nombre d'installations construites). Faire le suivi des résultats d'un projet et des résultats escomptés tels que l'utilisation des installations ou les changements de pratique.
- Revoir régulièrement les systèmes afin de s'assurer que seules les données utiles sont collectées, avec des informations à jour sur le contexte (telles que la fonction du marché local, les changements en matière de sécurité).

Responsabilités organisationnelles

2.6 Les engagements du programme sont en adéquation avec les capacités de l'organisation.

- Les politiques reflètent l'importance d'utiliser des standards techniques humanitaires de qualité et de développer des compétences dans des domaines d'intervention choisis.

- Connaître les conditions dans lesquelles l'organisation peut avoir besoin d'assurer des services n'entrant pas dans son domaine d'expertise en attendant que d'autres organisations puissent le faire.

2.7 Les engagements contenus dans les politiques garantissent :

- a. que les activités et leurs effets font l'objet d'un suivi et d'une évaluation systématiques, objectifs et continus ;
- b. que les conclusions du suivi et des évaluations sont utilisées pour adapter et améliorer les programmes ; et
- c. que les décisions sont prises à temps et accompagnées des ressources nécessaires.

Notes d'orientation

Gestion des contraintes et programmation réaliste : Lorsqu'une organisation ne peut accéder à des populations ou répondre aux besoins identifiés, elle a la responsabilité de rapporter ces besoins aux acteurs compétents (notamment les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux) ⊕ cf. *Principe de protection 3*.

Utiliser des prévisions et des systèmes d'alerte précoce pour élaborer une planification d'urgence avant une crise afin d'aider les communautés, les autorités et les organisations à intervenir rapidement si besoin. Cela permettra également aux personnes affectées de protéger leurs biens avant que leurs vies et leurs moyens d'existence ne soient en danger.

Élaborer des processus de prise de décisions suffisamment souples pour prendre en compte les nouvelles informations émanant des évaluations. Au sein de l'organisation déléguer les décisions et les ressources aussi près que possible du site de mise en œuvre.

Bien documenter les décisions et les processus de prise de décisions pour démontrer la transparence du fonctionnement. Les processus doivent reposer sur la consultation d'autres parties, sur la pertinence de leur participation et sur la coordination de leurs activités et de celles de l'organisation ⊕ cf. *Engagement n°6*.

Suivi des activités et des résultats : Le suivi des activités permet d'éclairer la révision des projets, de vérifier l'application des critères de sélection et de veiller à ce que l'aide parvienne bien aux personnes les plus nécessiteuses. Documenter tout changement appliqué au programme du fait du suivi, et établir des systèmes de suivi qui impliquent et reposent sur les personnes affectées et les parties prenantes clés ⊕ cf. *Engagement n°7*.

Utiliser des indicateurs de suivi communs couvrant l'ensemble de l'intervention.

Prise de décisions au niveau de l'organisation : Les responsabilités et les processus de prise de décisions au sein de l'organisation doivent être clairement définis et compris, il s'agit notamment de savoir qui est le responsable, qui devra



être consulté et quelles informations sont nécessaires pour éclairer la prise de décisions.

Politiques, processus et systèmes organisationnels : Les organisations doivent documenter la manière dont l'action humanitaire améliore les résultats en procédant à une évaluation et à un suivi systématiques et rigoureux.

Montrer de quelle manière les données issues du suivi et de l'évaluation sont utilisées pour adapter les programmes, les politiques et les stratégies, renforcer le niveau de préparation et améliorer les performances en temps voulu ⊕ cf. *Engagement n°7*. Cela peut signifier l'existence d'un fonds réservé aux interventions d'urgence ou le recrutement ou le déploiement rapide de personnel qualifié si besoin.

Engagement n°3

Les communautés et les personnes affectées par la crise ne sont pas touchées de manière négative par l'action humanitaire et sont grâce à elle mieux préparées, plus résilientes et moins vulnérables.

Critère de qualité :

L'intervention humanitaire renforce les capacités locales et évite les effets négatifs.

Indicateurs de performance

1. Les communautés et les personnes affectées par la crise se sentent mieux préparées à résister à de futurs chocs et crises grâce à l'aide humanitaire.
2. Les autorités, les organisations et les dirigeants locaux en charge d'offrir une réponse aux crises considèrent que leurs capacités se sont développées.
3. Les communautés et les personnes affectées par la crise, y compris les personnes vulnérables et marginalisées, n'identifient pas d'effets négatifs découlant de l'intervention humanitaire.

Actions clés

3.1 Garantir que les programmes s'appuient sur les capacités locales et renforcent la résilience des communautés et des personnes affectées par la crise.

- Créer des services (par exemple, gestion de la sécheresse et mise en place de structures résistant aux inondations, aux ouragans ou aux séismes) réduisant l'impact des catastrophes.
- Soutenir les initiatives d'entraide et les actions de préparation communautaires.

3.2 Utiliser les résultats des évaluations sur les dangers et les risques ainsi que des plans de préparation communautaires pour planifier les activités.

- Comprendre et répondre aux besoins et aux capacités des différents groupes qui sont exposés à différents niveaux de risque.

3.3 Favoriser le développement des capacités des organisations et des dirigeants locaux dans leur rôle d'intervenant de première ligne lors d'éventuelles crises futures, en prenant des mesures pour garantir que les groupes marginalisés et défavorisés sont représentés de façon appropriée.

- Travailler autant que possible avec les autorités municipales et le gouvernement local.
- Plaider pour que les acteurs locaux soient traités comme des partenaires à part égale possédant l'autonomie de concevoir et/ou de mener une intervention.
- Soutenir les initiatives des organisations et des groupes locaux pour en faire une plateforme d'apprentissage et de développement des capacités en vue de renforcer la première intervention lors des prochaines crises.
- Embaucher autant que possible du personnel local et national, en tenant compte de la diversité de la population, plutôt que des expatriés.

3.4 Planifier une stratégie de transition ou de désengagement dès le début du programme humanitaire pour garantir des effets positifs à long terme et réduire le risque de dépendance.

- Apporter un soutien de manière à renforcer les systèmes communautaires et étatiques existants au lieu de déployer des efforts parallèles qui ne dureront que le temps de l'intervention.

3.5 Concevoir et exécuter des programmes favorisant un relèvement rapide après une catastrophe et soutenant l'économie locale.

- Prendre des mesures pour rétablir les services sociaux, l'éducation, les marchés, les mécanismes de transfert et les moyens d'existence qui répondent aux besoins des groupes vulnérables.
- Prendre totalement en considération les conditions du marché lors de l'analyse effectuée pour déterminer quelle forme d'aide (argent liquide, coupons, aide en nature) produira les meilleurs résultats.
- Acheter si possible des biens et des services au niveau local.
- Limiter dans la mesure du possible les répercussions négatives sur le marché.

3.6 Identifier les effets négatifs effectifs ou potentiels de l'action, y répondre à temps et systématiquement, notamment dans les domaines suivants :

- a. la sécurité, la dignité et les droits des personnes ;
- b. l'exploitation et les abus sexuels par le personnel ;
- c. la culture, les questions de genre, les relations sociales et politiques ;
- d. les moyens d'existence ;
- e. l'économie locale ; et
- f. l'environnement.



Responsabilités organisationnelles

3.7 Les politiques, les stratégies et les lignes directrices sont conçues dans le but :

- a. d'empêcher que les programmes aient des effets négatifs comme l'exploitation, l'abus ou la discrimination par le personnel à l'encontre des communautés et des personnes affectées par la crise ; et
- b. de renforcer les capacités locales.

3.8 Des systèmes sont en place pour protéger les données recueillies auprès des communautés et des personnes affectées par la crise lorsque celles-ci pourraient les mettre en danger.

- Établir des politiques claires et complètes sur la protection des données, notamment les systèmes électroniques d'enregistrement et de distribution.
- Informer les personnes bénéficiant d'une aide sur leurs droits en termes de protection des données, sur la manière dont elles peuvent accéder aux informations personnelles détenues par une organisation à leur sujet et sur les modalités de réclamation en cas de mauvaise utilisation de ces informations.

Notes d'orientation

Résilience de la communauté et leadership local : Les communautés, les organisations et les autorités locales sont généralement les premières à agir et sont celles qui connaissent le mieux la situation et les besoins spécifiques. Ces acteurs locaux doivent être des partenaires à part égale et avoir l'autonomie de concevoir ou de mener une intervention. Il est impératif pour cela que les agences internationales et locales s'engagent à adapter leurs méthodes de travail, à entamer un dialogue ouvert et à formuler des critiques constructives.

Utiliser lorsque cela est possible les infrastructures/services financiers locaux au lieu de créer de nouveaux systèmes parallèles.

Stratégie de transition et de désengagement : En collaboration avec les autorités et les populations affectées, mettre en place le plus tôt possible des services qui continueront après la clôture du programme d'intervention d'urgence (par exemple, introduction de mesures de recouvrement des frais, utilisation des ressources disponibles localement ou renforcement des capacités de l'équipe dirigeante locale).

Effets négatifs et principe du « ne pas nuire » : Les montants élevés alloués à l'aide et la position de force des travailleurs humanitaires peuvent conduire à un usage impropre ou à un détournement de l'aide, ainsi qu'à des abus, à une compétition et à des conflits dans ce domaine. L'aide peut porter atteinte aux moyens d'existence et aux marchés, entraîner des conflits au sujet des ressources et accentuer les déséquilibres dans les relations de pouvoir entre les différents groupes. Anticiper

ces effets négatifs potentiels, effectuer un suivi et prendre des mesures en vue de les éviter le plus possible.

Se familiariser avec les pratiques culturelles pouvant avoir des effets négatifs sur certains groupes. Le ciblage inadéquat de filles, de garçons ou de castes spécifiques ; l'inégalité des chances d'accéder à l'éducation pour les filles ; le refus de vaccination, et autres formes de discrimination ou de traitement préférentiel en sont des exemples.

Des mécanismes confidentiels et accessibles de retour d'information et de gestion des plaintes peuvent limiter les abus. Le personnel doit encourager et rendre possible le partage de suggestions et de plaintes. Le personnel doit être formé à l'exercice de la confidentialité et du traitement des informations à caractère sensible, comme les signalements d'abus et d'exploitation.

L'exploitation et les abus sexuels par le personnel : Le personnel se doit de lutter contre l'exploitation et les abus. Il est tenu de signaler tout abus suspecté ou constaté, que ce soit au sein de son organisation ou à l'extérieur. À noter que les enfants (les filles en particulier) sont souvent extrêmement vulnérables et les politiques doivent clairement protéger les enfants contre l'exploitation et les abus
 ⊕ cf. Engagement n°5.

Problèmes environnementaux : L'intervention humanitaire peut provoquer la dégradation de l'environnement (par exemple, érosion des sols, appauvrissement ou pollution des eaux souterraines, surpêche, production de déchets et déforestation). La dégradation de l'environnement peut amplifier les effets d'une crise ou le degré de vulnérabilité et réduire la résilience des personnes face aux chocs.

Les mesures pour réduire les dommages causés à l'environnement comprennent le reboisement, la collecte des eaux de pluie, l'utilisation efficace des ressources et la mise en œuvre de politiques et de pratiques éthiques en matière d'approvisionnement. Les activités de construction majeures ne doivent être réalisées qu'après une étude d'impact ⊕ cf. Engagement n°9.

Politiques organisationnelles pour éviter les effets négatifs et renforcer les capacités locales : Les organisations sont encouragées à clairement documenter leur politique et leur système de gestion des risques. Les organisations non gouvernementales (ONG) qui ne parviennent pas à combattre systématiquement les comportements contraires à l'éthique ou la corruption en raison de politiques et de procédures inappropriées, ou de l'absence de collaboration avec d'autres ONG augmentent les risques de corruption chez les autres acteurs.

Les politiques et les procédures doivent traduire un engagement pour la protection des personnes vulnérables et détailler les moyens d'éviter les abus de pouvoir et d'enquêter sur ces abus.

Des pratiques de recrutement, de sélection et d'embauche rigoureuses peuvent contribuer à limiter les risques de comportement inadéquat de la part des



employés et les codes de conduite doivent établir clairement les pratiques pros- crites. Le personnel doit s'engager à respecter ces codes et être informé des sanc- tions prévues en cas de manquement à ces derniers ⊕ cf. *Engagement n°8*.

Protection des données personnelles : Toutes les informations à caractère per- sonnel recueillies auprès des personnes et des communautés doivent être traitées comme des informations confidentielles. Ceci est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de données liées à la protection, de signalement de violations, de plaintes relatives à une exploitation ou un abus, et de violences sexistes. Les systèmes garantissant la confidentialité sont essentiels pour éviter tout préjudice supplé- mentaire ⊕ cf. *Principes de protection et Engagements n°5 et n°7*.

L'usage croissant des systèmes électroniques d'enregistrement et de distribution dans le cadre de l'action humanitaire met en avant la nécessité de mettre en œuvre des politiques de protection des données claires et exhaustives. Des accords obligeant les parties tierces telles que les organismes bancaires et commer- ciaux à préserver les informations sont essentiels. Il est important d'élaborer des procédures claires de collecte, stockage, utilisation et élimination des données, et conformes aux normes internationales et aux lois locales concernant la protection des données.

Des systèmes visant à limiter les risques de perte de données doivent être mis en place. Les données doivent être détruites lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

Engagement n°4

Les communautés et les personnes affectées par la crise connaissent leurs droits, ont accès à l'information et participent aux décisions qui les concernent.

Critère de qualité

L'intervention humanitaire est fondée sur la communication, la participation et le retour d'information.

Indicateurs de performance

1. Les communautés et les personnes affectées par la crise connaissent leurs droits et leurs prérogatives.
2. Les communautés et les personnes affectées par la crise considèrent qu'elles ont accès en temps voulu à des informations claires et pertinentes, y compris sur des sujets qui pourraient les mettre encore plus en danger.
3. Les communautés et les personnes affectées par la crise sont satisfaites de la possibilité qui leur est donnée d'influencer la nature de l'intervention humanitaire.
4. Le personnel est adéquatement formé sur les droits des populations affectées.

Actions clés

4.1 Informer les communautés et les personnes affectées par la crise au sujet de l'organisation, des principes auxquels elle adhère, du code de conduite de son personnel, de ses programmes et de ce qu'elle a l'intention de réaliser.

- Considérer les informations comme un élément fondamental de protection. Sans informations précises sur l'aide et leurs droits, les personnes peuvent devenir vulnérables face à l'exploitation et aux abus ⊕ cf. Principe de protection 1.
- Communiquer clairement sur le comportement auquel doivent s'attendre les personnes de la part des travailleurs humanitaires et sur la manière de déposer une plainte si elles ne sont pas satisfaites.

4.2 Communiquer de façon respectueuse et culturellement adaptée, en utilisant des langues, des formats et des méthodes de communication facilement compréhensibles pour les différents membres de la communauté, en particulier les groupes vulnérables et marginalisés.

- Utiliser les systèmes de communication existants et consulter les personnes sur leurs préférences. Considérer le degré de confidentialité requis pour les différents formats et supports de communication.
- Veiller à ce que les technologies de communication, nouvelles et anciennes, soient utilisées efficacement et en toute sécurité.

4.3 Garantir une participation et un engagement rassembleurs et représentatifs des communautés et des personnes affectées par la crise à tous les stades de l'intervention.

- Porter une attention aux groupes ou aux personnes traditionnellement écartés du pouvoir et des processus de prise de décisions. Envisager systématiquement des moyens éthiques de coopérer avec ces personnes et ces groupes pour respecter leur dignité et éviter qu'ils ne soient encore plus stigmatisés.
- Assurer un équilibre entre la participation directe des communautés et la représentation indirecte par les représentants aux différents stades de l'intervention humanitaire.

4.4 Encourager les communautés et les personnes affectées par la crise à exprimer leur degré de satisfaction quant à la qualité et à l'efficacité de l'aide reçue, en accordant une attention particulière au sexe, à l'âge et à la diversité des personnes qui s'expriment, et leur donner les moyens de le faire.

- Former le personnel pour qu'il gagne et conserve la confiance des personnes, qu'il sache répondre aux commentaires positifs et négatifs et qu'il observe les réactions des différents membres de la communauté sur la façon dont les services sont fournis.



- Intégrer la collecte d'informations au sein d'une approche plus large dans toutes les organisations ou tous les secteurs pour examiner, analyser les retours d'information et agir en conséquence.
- Partager la réponse au retour d'information avec la communauté.

Responsabilités organisationnelles

4.5 Des politiques de partage de l'information sont en place et promeuvent une culture de communication ouverte.

- Définir et documenter les processus de partage de l'information.
- S'efforcer de partager ouvertement les informations de l'organisation relatives aux réussites et aux échecs avec un éventail de parties prenantes afin de promouvoir une culture d'ouverture et de redevabilité à l'échelle du système.

4.6 Des politiques sont prévues pour impliquer les communautés et les personnes affectées par la crise, refléter les priorités et les risques qu'elles identifient dans toutes les phases de l'intervention.

- Expliquer comment le personnel est formé et encouragé à faciliter l'engagement de la communauté et son implication dans la prise de décisions, à écouter les différentes communautés de personnes affectées et à gérer les retours d'information négatifs.
- Concevoir des politiques et des stratégies pour aider à créer un espace et des créneaux pour instaurer des dialogues avec la communauté, assurer sa participation à la prise de décisions et permettre la présentation d'initiatives d'entraide.

4.7 La communication externe, y compris lors d'une collecte de fonds, est factuelle éthique et respectueuse, notamment de la dignité des communautés et des personnes affectées par la crise.

- Partager les informations fondées sur l'évaluation des risques. Prendre en considération le préjudice potentiel qui pourrait découler, par exemple, du partage d'informations sur la distribution de fonds ou la démographie de zones d'établissement spécifiques, ce qui peut exposer les personnes à des attaques.
- Utiliser avec prudence les histoires et les photographies qui évoquent et représentent les personnes affectées car cela peut être considéré comme une atteinte à leur vie privée et constituer une violation de la confidentialité si leur autorisation n'est pas demandée ⊕ cf. Principe de protection 1 sur le consentement éclairé.

Notes d'orientation

Partage des informations avec les communautés : Le partage d'informations précises, accessibles et pertinentes renforce la confiance, permet une participation

plus approfondie et améliore les effets d'un projet. Il s'agit d'un élément de transparence clé. Le partage d'informations financières avec les communautés peut également améliorer l'efficacité et aider les communautés à identifier et à mettre en lumière les gaspillages ou les fraudes.

Le fait qu'une organisation ne partage pas convenablement ses informations avec les personnes qu'elle est censée assister peut entraîner des malentendus et des retards, une mise en œuvre inadaptée des projets qui gaspille des ressources, ainsi qu'une perception négative de l'organisation. Cela peut générer colère, frustration et insécurité.

Communication efficace, sûre, accessible et destinée à tous : Les différents groupes ont des besoins et des sources de communication et d'information différents. Ils peuvent avoir besoin de temps pour parler entre eux dans un cadre sûr et privé, pour analyser l'information et ses implications.

Consentement éclairé : Tenir compte du fait que certaines personnes peuvent donner leur consentement sans réellement comprendre les implications. Au départ, il faut probablement supposer, même si ce n'est pas l'idéal, un certain niveau de consentement et de participation à partir des volontés qu'expriment les personnes concernées à participer à des activités, à partir de l'observation, des connaissances ou de documents juridiques ou autres (par exemple d'accords contractuels passés avec la communauté) ⊕ cf. *Principe de protection 1*.

Participation et engagement : Consulter les personnes affectées et les institutions locales tôt dans le processus d'intervention afin d'exploiter les connaissances existantes et d'établir des relations positives et respectueuses. Une consultation précoce est une meilleure utilisation du temps que la résolution ultérieure de décisions inappropriées. Aux premiers stades d'une catastrophe, il n'est parfois possible de consulter qu'un nombre limité de personnes affectées. Au fil du temps, davantage de personnes et de groupes auront la possibilité de s'impliquer dans le processus de prise de décisions.

Noter que, dans certaines situations de conflit, le fait d'encourager les discussions et la prise de décisions en groupe peut être perçu comme une forme d'organisation politique et porter préjudice aux personnes locales.

Envisager différentes méthodes pour améliorer la participation des communautés au système de retour d'information, notamment l'utilisation de fiches d'évaluation.

Retour d'information : Un retour d'information formel peut être demandé via des évaluations spécifiques (sous forme de discussions de groupe ou d'entretiens), un suivi post-distribution ou des questionnaires. Les retours d'information non formels reçus dans le cadre de l'interaction quotidienne doivent, eux aussi, être utilisés pour instaurer un climat de confiance et améliorer les programmes dans la continuité.

Recueillir des informations pour savoir si les femmes, les hommes, les filles et les garçons se sentent respectés et se considèrent satisfaits de leur influence sur la



prise de décisions. Les personnes peuvent être satisfaites de l'aide reçue, mais mécontentes de l'influence qu'elles ont sur le processus de prise de décisions.

Les personnes peuvent redouter que leurs commentaires aient des répercussions négatives. Des raisons culturelles peuvent aussi rendre toute critique d'une intervention inacceptable. Explorer différentes méthodes de retour d'information, formelles et informelles, y compris des méthodes garantissant la confidentialité lors du partage de ces informations.

Concevoir des mécanismes de retour d'information en collaboration avec d'autres organisations et veiller à ce que toutes les personnes puissent y accéder. Ceux-ci doivent être considérés comme distincts des mécanismes de gestion des plaintes, lesquels sont réservés aux violations graves du code de conduite ⊕ cf. *Engagement n°5*, même si dans la pratique, les retours d'information et les plaintes reçues peuvent se recouper. Tenir compte et faire un suivi des retours d'information et adapter le programme si besoin.

Intégrer les mécanismes de retour d'information dans les systèmes de suivi et d'évaluation des organisations.

Promotion d'une culture de transparence : Les organisations doivent déclarer publiquement (sur leur site Web ou leurs supports promotionnels destinés aux personnes affectées) leurs intérêts spécifiques tels que leurs affiliations religieuses ou politiques. Cette déclaration d'intérêts permet aux parties prenantes de mieux comprendre la nature de l'organisation ainsi que ses affiliations et ses politiques.

Engagement de l'organisation en faveur de la participation et écoute des communautés : Les politiques et les stratégies relatives aux questions de genre et de diversité peuvent contribuer à promouvoir les valeurs et les engagements de l'organisation et fournir des exemples concrets de comportements à adopter. Les retours d'information émanant des personnes affectées doivent également influencer le développement des stratégies et des programmes.

Gestion de la circulation des informations et confidentialité : Toutes les informations ne peuvent ou ne doivent pas être partagées avec toutes les parties prenantes. Évaluer dans quelle mesure la collecte d'informations permettant l'identification de groupes (démographie) ou de personnes peut causer ou accroître leur vulnérabilité, ou créer de nouvelles menaces pour leur protection ⊕ cf. *Principes de protection*.

Une approche éthique de la communication externe : Le matériel et les photos destinés à la collecte de fonds utilisés hors de leur contexte peuvent souvent être trompeurs et accroître les risques d'insécurité. Des politiques et des directives en matière de communications externes doivent être mises à la disposition du personnel afin d'éviter ce type d'erreur.

Les détails fournis dans les légendes des photos et dans les histoires relatées ne doivent pas donner d'indices sur le lieu où vivent les personnes (en particulier les enfants) ou sur les communautés auxquelles elles appartiennent. La géolocalisation doit être désactivée lors de la capture d'images.

Engagement n°5

Les communautés et les personnes affectées par la crise ont accès à des mécanismes sûrs et réactifs pour traiter leurs plaintes.

Critère de qualité

Les plaintes sont bien accueillies et traitées.

Indicateurs de performance

1. Les communautés et les personnes affectées par la crise, y compris les groupes vulnérables et marginalisés, sont conscientes de l'existence des mécanismes de gestion des plaintes établis à leur usage.
2. Les communautés et les personnes affectées par la crise considèrent les mécanismes de gestion des plaintes comme accessibles, efficaces, confidentiels et sûrs.
3. Les plaintes font l'objet d'une investigation, sont traitées et les résultats sont communiqués au plaignant dans les délais prévus.

Actions clés

5.1 Consulter les communautés et les personnes affectées par la crise sur la conception, la mise en œuvre et le suivi des processus de gestion des plaintes.

- Ventiler les données par genre, âge et handicap car ces critères peuvent influencer l'avis des personnes sur l'accès aux mécanismes de gestion des plaintes et les obstacles rencontrés.
- S'accorder sur le mode de dépôt des plaintes, sur ce qui peut empêcher les personnes et le personnel de formuler une plainte et sur la manière dont ils souhaitent recevoir une réponse à leurs plaintes. Prévoir la manière dont les plaintes seront enregistrées et suivies et dont les leçons tirées de ces plaintes seront intégrées dans la planification future.
- Explorer la possibilité de mettre en commun des mécanismes de gestion des plaintes avec d'autres organisations, partenaires et parties tierces.
- Former le personnel au mécanisme de gestion des plaintes.

5.2 Bien accueillir et enregistrer les plaintes, mais aussi informer sur la manière d'accéder au mécanisme et sur son champ d'application.

- Envisager le lancement d'une campagne d'information visant à sensibiliser ces groupes au système et aux procédures en place et permettant aux personnes de poser des questions supplémentaires sur son fonctionnement.

5.3 Gérer les plaintes à temps, équitablement et de manière appropriée en priorisant la sécurité du plaignant et des personnes affectées dans toutes les phases de la gestion de la plainte.

- Traiter chaque plainte individuellement, même si un grand nombre d'entre elles abordent des questions similaires.



- Fournir une réponse dans un délai spécifié. Le plaignant doit savoir quand attendre une réponse.
- Envisager la participation des communautés dans le système de gestion des plaintes.

Responsabilités organisationnelles

5.4 Le processus de gestion des plaintes pour les communautés et les personnes affectées par la crise est documenté et opérationnel. Le processus devrait couvrir les plaintes relatives aux programmes, à l'exploitation et aux abus sexuels, ainsi qu'à d'autres formes d'abus de pouvoir.

- Documenter la façon dont le mécanisme de gestion des plaintes est mis en place, les critères de décision, toutes les plaintes enregistrées, ainsi que les modes et les délais de traitement.
- Veiller à ce que les informations relatives aux plaintes restent confidentielles, conformément aux politiques de protection des données.
- Travailler avec d'autres organisations sur les mécanismes de gestion des plaintes afin de minimiser le risque de confusion auprès des communautés et du personnel.

5.5 Une culture d'organisation dans laquelle les plaintes sont prises au sérieux et traitées selon les politiques et les processus définis, a été instaurée.

- Partager publiquement les politiques de l'organisation relatives à son devoir de protection à l'égard des personnes qu'elle assiste, à ses codes de conduite et à la manière dont elle protège les groupes potentiellement vulnérables tels que les femmes, les enfants et les personnes handicapées.
- Établir des procédures d'enquête officielles conformes aux principes de confidentialité, d'indépendance et de respect. Réaliser les enquêtes d'une manière approfondie et professionnelle et dans les délais fixés, en respectant les normes juridiques et les exigences du droit local du travail. Former les responsables aux mécanismes d'enquête et au traitement des comportements inadéquats du personnel, ou leur permettre de bénéficier des conseils d'un spécialiste.
- Mettre en place des procédures de réclamation et des politiques de lancement d'alertes pour gérer les plaintes du personnel, et en informer le personnel.

5.6 Les communautés et les personnes affectées par la crise ont une parfaite connaissance du comportement qu'elles peuvent attendre du personnel humanitaire, y compris des engagements de l'organisation en matière de prévention de l'exploitation et des abus sexuels.

- Expliquer le processus de gestion des plaintes aux communautés et au personnel. Inclure des mécanismes pour les informations sensibles (par exemple, corruption, exploitation et abus sexuels, comportement inadéquat ou mauvaise pratique) et non sensibles (par exemple, défis liés à l'utilisation de critères de sélection).

5.7 Les plaintes qui ne sont pas du ressort de l'organisation sont renvoyées à une partie compétente en accord avec les bonnes pratiques en vigueur.

- Définir des directives précisant quelles plaintes sont du ressort de l'organisation et quelles plaintes sont à transmettre à d'autres organisations.

Notes d'orientation

Conception du mécanisme de gestion des plaintes : Les dynamiques sociales et de pouvoir doivent être évaluées avant de décider de la meilleure manière d'interagir avec les communautés. Accorder une attention particulière aux besoins spécifiques des personnes âgées, des femmes et des filles, des hommes et des garçons, des personnes handicapées ou d'autres personnes susceptibles d'être marginalisées. S'assurer qu'elles ont leur mot à dire dans la conception et la mise en œuvre des systèmes de gestion des plaintes.

Sensibiliser sur la manière de présenter une plainte : Du temps et des ressources seront nécessaires afin que les personnes affectées sachent ce qu'elles peuvent attendre des organisations humanitaires en termes de services et de comportement du personnel. Les personnes affectées doivent aussi savoir quoi faire et vers qui se tourner pour déposer une plainte en cas de non-respect de ces engagements de la part d'une organisation humanitaire.

Le mécanisme doit être conçu de sorte que les personnes aient l'assurance de pouvoir déposer une plainte en toute confidentialité et sans craindre d'éventuelles représailles.

Gérer les attentes car les communautés peuvent penser que le processus de gestion des plaintes va résoudre tous leurs problèmes. L'organisation n'a probablement pas la maîtrise de tous les changements attendus et cela peut susciter de la frustration et de la déception.

Gestion des plaintes : Expliquer clairement au plaignant pourquoi la plainte ne relève pas du contrôle et de la responsabilité de l'organisation si c'est le cas. Lorsque cela est possible et que le plaignant a donné son accord, la plainte peut être transmise à l'organisation concernée. Agir en coordination avec d'autres organisations et secteurs pour un fonctionnement efficace de ce mécanisme.

Seul le personnel formé doit enquêter sur les allégations d'exploitation et d'abus sexuels de la part de travailleurs humanitaires.

Une orientation confidentielle concernant des soins et une aide supplémentaires (tels que les soins de santé mentale et un soutien psychosocial ou autres soins de santé) doit être fournie aux plaignants selon leurs souhaits.

Les plaintes anonymes et malveillantes soulèvent des problèmes particuliers de par leur origine inconnue. Elles peuvent constituer un signal d'alarme indiquant un mécontentement sous-jacent et justifier un suivi, en particulier, lorsqu'il y a des précédents portant sur la même thématique.



Protection des plaignants : Décider avec soin quelles personnes peuvent avoir accès aux informations sensibles au sein de l'organisation. Les personnes signalant les abus sexuels peuvent être stigmatisées et faire face à de réelles menaces de la part des auteurs du délit et de leurs propres familles. Concevoir un mécanisme garantissant le traitement confidentiel de leur plainte. Une politique de lancement d'alertes doit être mise en place pour protéger le personnel qui signale des problèmes concernant les programmes ou le comportement de leurs collègues.

Les politiques de protection des données doivent préciser la durée de conservation de certaines informations, conformément aux lois de protection des données concernées.

Processus de gestion des plaintes : Veiller à ce que le personnel de l'organisation et les communautés auxquelles celle-ci vient en aide aient la possibilité de formuler des plaintes. Ces plaintes peuvent être considérées comme une occasion d'améliorer l'organisation et son travail. Les plaintes peuvent donner une indication sur l'impact et le bien-fondé d'une intervention, les risques potentiels et les vulnérabilités ainsi que le degré de satisfaction des personnes quant aux services offerts.

L'exploitation et les abus sexuels des personnes affectées par la crise : Une organisation et sa direction doivent veiller à la mise en place de mécanismes et de procédures sécurisés, transparents, accessibles et confidentiels pour les plaintes relatant des cas d'exploitation et d'abus sexuels. Lorsque la situation le commande, les organisations doivent envisager d'inclure dans leurs accords de partenariat des déclarations spécifiques sur la coopération dans les enquêtes liées à l'exploitation et aux abus sexuels.

Culture organisationnelle : Les directeurs et les cadres supérieurs doivent promouvoir une culture de respect mutuel entre tous les membres du personnel, les partenaires, les bénévoles et les personnes affectées par la crise. Leur soutien à la mise en œuvre des mécanismes de gestion des plaintes de la communauté est vital.

Le personnel doit savoir comment traiter les plaintes ou les allégations d'abus. En cas d'activité criminelle ou de violation de la loi internationale, le personnel doit savoir comment contacter les autorités compétentes.

Les organisations qui travaillent avec des partenaires devront se mettre d'accord sur la manière de gérer les plaintes (y compris les plaintes entre partenaires).

Comportement et code de conduite du personnel : Les organisations doivent disposer d'un code de conduite du personnel approuvé par la direction générale et rendu public.

Le personnel et les partenaires doivent obéir à une politique de protection des enfants, ils doivent en être informés et recevoir des formations sur la déontologie.

Le personnel doit connaître et comprendre les conséquences d'une violation du code de conduite ☹ cf. Engagements n°3 et n°8.

Engagement n°6

Les communautés et les personnes affectées par la crise reçoivent une aide coordonnée et complémentaire.

Critère de qualité

L'intervention humanitaire est coordonnée et complémentaire.

Indicateurs de performance

1. Les organisations réduisent les lacunes et les doublons identifiés par les communautés affectées et les partenaires par le biais d'une action coordonnée.
2. Les organisations impliquées, y compris les organisations locales, partagent les informations pertinentes via des mécanismes de coordination formels et informels.
3. Les organisations coordonnent les évaluations des besoins, la programmation de l'aide humanitaire et le suivi de sa mise en œuvre.
4. Les organisations locales rapportent une participation et une représentation appropriées dans les mécanismes de coordination.

Actions clés

6.1 Identifier les rôles, les responsabilités, les capacités et les intérêts des différentes parties prenantes.

- Envisager la collaboration pour optimiser la capacité des communautés, des gouvernements hôtes, des donateurs, du secteur privé et des organisations humanitaires (locales, nationales, internationales) dotés de mandats et de savoir-faire différents.
- Suggérer et conduire des évaluations, des formations et des analyses conjointes dans toutes les organisations et autres parties prenantes pour garantir une approche plus cohérente.

6.2 Veiller à ce que l'intervention humanitaire soit complémentaire de celle des autorités nationales et locales et de celle des autres organisations humanitaires.

- Reconnaître que la planification et la coordination des efforts de première urgence relèvent en définitive de la responsabilité du gouvernement hôte. Les organisations humanitaires ont un rôle essentiel à jouer pour soutenir la réponse de l'État ainsi que sa fonction de coordination.

6.3 Participer aux organes de coordination pertinents et collaborer avec d'autres organisations pour réduire la charge pesant sur les communautés et optimiser la couverture et l'offre de services fournis par l'ensemble de l'effort humanitaire.

- Plaider pour le respect et l'application coordonnés des standards et directives de qualité reconnues. Utiliser les organes de coordination pour adapter



au contexte les standards humanitaires, en particulier les indicateurs, suivre et évaluer collectivement les activités et la réponse globale.

- Déterminer le champ d'application des activités et des engagements ainsi que tout chevauchement avec d'autres organes de coordination et la façon dont cela sera géré, par exemple, pour les questions de redevabilité, de genre et de protection.

6.4 Échanger les informations nécessaires avec les partenaires, les groupes de coordination et tout autre acteur compétent par des moyens de communication adaptés.

- Respecter l'emploi des langues locales dans les réunions et autres moyens de communication. Examiner les entraves à la communication afin que les parties prenantes puissent participer.
- Communiquer clairement et éviter l'emploi de jargons et d'expressions familières, en particulier lorsque les autres participants ne parlent pas la même langue.
- Faire appel à des interprètes et à des traducteurs si besoin.
- Réfléchir au lieu des réunions pour permettre aux acteurs locaux de participer.
- Travailler avec les réseaux d'organisations de la société civile pour veiller à ce que les contributions de leurs membres soient prises en compte.

Responsabilités organisationnelles

6.5 Les politiques et les stratégies comportent un engagement clairement énoncé en matière de coordination avec les autres organisations, notamment avec les autorités nationales et locales, sans remise en question des principes humanitaires.

- Inclure la coordination dans les politiques organisationnelles et les stratégies de mobilisation des ressources. L'organisation doit faire une déclaration sur la manière dont elle se liera avec les partenaires, les autorités hôtes et d'autres acteurs humanitaires (et le cas échéant non humanitaires).
- Le personnel représentant les organisations lors des réunions de coordination, doit disposer des informations, des compétences et de l'autorité requises pour contribuer à la planification et à la prise de décisions. Expliquer clairement les responsabilités de coordination dans la description de leurs tâches.

6.6 Le travail avec les partenaires est régi par des accords clairs et cohérents qui respectent le mandat, les obligations et l'indépendance de chaque partenaire et qui reconnaissent les contraintes et les engagements de chacun.

- Les organisations locales et nationales se lient ou collaborent avec des partenaires qui comprennent bien le mandat organisationnel des uns et des autres ainsi que les rôles et les responsabilités mutuels des partenaires, pour une action efficace et responsable.

Notes d'orientation

Travailler avec le secteur privé : Le secteur privé peut apporter une plus grande efficacité commerciale ainsi que des compétences et des ressources complémentaires aux organisations humanitaires. Le partage des informations est le minimum requis pour éviter les doubles emplois et promouvoir les bonnes pratiques humanitaires.

Veiller à ce que les entreprises partenaires s'engagent à respecter les droits fondamentaux de l'homme et n'aient pas, par le passé, contribué à perpétuer les inégalités ou les pratiques discriminatoires.

Les partenariats avec le secteur privé doivent clairement bénéficier aux personnes touchées par la crise, tout en reconnaissant que les acteurs du secteur privé peuvent avoir leurs propres objectifs.

Coordination entre civils et militaires : Les organisations humanitaires doivent se distinguer clairement de l'armée et éviter toute association réelle ou apparente avec un agenda politique ou militaire susceptible de compromettre l'impartialité, l'indépendance, la crédibilité et la sécurité des organisations ainsi que l'accès aux populations affectées.

L'armée apporte des compétences et des ressources particulières, notamment en matière de sécurité, de logistique, de transport et de communication. Néanmoins, tout partenariat avec l'armée doit se faire au service et sous la direction des organisations humanitaires et conformément à des directives approuvées ⊕ cf. *Qu'est-ce que Sphère*, *Charte humanitaire* et *Principes de protection*. Certaines organisations maintiendront un dialogue minimal leur permettant de s'assurer leur efficacité opérationnelle tandis que d'autres établiront des liens plus étroits.

Les trois principaux éléments de la coordination civilo-militaire sont le partage des informations, la planification et la division des tâches. Un dialogue doit être maintenu en permanence, dans tous les contextes et à tous les niveaux.

Aide complémentaire : Les organisations locales, les autorités locales et les réseaux de la société civile ont une expérience suffisante en rapport avec le contexte. Ils peuvent avoir besoin d'un soutien pour se remettre d'aplomb après une crise et doivent être impliqués et représentés dans la coordination des efforts d'intervention.

Là où les autorités sont parties au conflit, les acteurs humanitaires doivent exercer leur jugement pour évaluer l'indépendance des autorités, en gardant les intérêts des personnes touchées par la crise au centre de leurs décisions.

Coordination : La coordination intersectorielle peut répondre aux besoins des personnes de manière holistique plutôt qu'isolée. Par exemple, la coordination en matière de soutien mental et psychosocial doit être établie entre les secteurs de la santé, de la protection et de l'éducation, en formant un groupe de travail technique composé de ces spécialistes.

Les personnes dirigeant la coordination doivent s'assurer que les réunions et le partage de l'information sont bien gérés, efficaces et orientés sur les résultats.



Les acteurs locaux peuvent ne pas vouloir participer aux mécanismes de coordination si ces derniers semblent favoriser les organisations internationales en raison de la langue ou du lieu.

La mise en place de mécanismes nationaux et régionaux peut être nécessaire tout comme la définition claire de leurs liens.

La participation à des mécanismes de coordination avant une catastrophe crée des liens et renforce la coordination durant une intervention humanitaire. Associer les structures de coordination d'urgence à des plans de développement et des organes de coordination à plus long terme s'ils existent.

Les mécanismes internationaux de coordination des urgences entre organisations doivent soutenir les mécanismes nationaux. Concernant l'aide aux réfugiés, le mécanisme de coordination pour les réfugiés est utilisé par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR).

Le **partage de l'information** (y compris les informations financières) entre les différentes parties prenantes et les différents mécanismes de coordination, rend plus probable le repérage de lacunes ou de duplication des efforts.

Travailler avec des partenaires : Plusieurs formes de partenariats sont possibles, de l'arrangement purement contractuel au partage des ressources, en passant par la prise de décisions commune.

Respecter le mandat et la vision de l'organisation partenaire et son indépendance. Repérer les possibilités d'apprentissage et de développement communs. Déterminer ce que les deux parties ont à gagner du partenariat à mesure qu'elles renforcent leurs connaissances et leurs capacités, qu'elles assurent une meilleure préparation et qu'elles diversifient davantage les options d'intervention.

Les collaborations à plus long terme entre les organisations de la société civile locales et nationales et les organisations internationales peuvent permettre à l'ensemble des partenaires de renforcer leurs connaissances et leurs capacités, d'assurer une meilleure préparation et de diversifier davantage les options d'intervention.

Engagement n°7

Les communautés et les personnes affectées par la crise sont en droit d'attendre une aide en constante amélioration, grâce à la réflexion des organisations et aux enseignements tirés de leurs expériences.

Critère de qualité

Les acteurs humanitaires apprennent et s'améliorent en continu.

Indicateurs de performance

1. Les communautés et les personnes touchées par la crise constatent des améliorations dans l'aide et la protection qu'elles reçoivent.

2. Des améliorations sont apportées aux missions d'aide et de protection humanitaires à partir des leçons tirées de l'intervention en cours.
3. Les programmes d'aide et de protection reflètent des enseignements tirés d'autres interventions.

Actions clés

7.1 Utiliser l'apprentissage dérivé des expériences précédentes lors de la conception des programmes.

- Concevoir des systèmes de suivi simples et accessibles, tout en tenant compte du fait que les informations doivent être représentatives des différents groupes et en expliquant clairement qui a bénéficié ou non des programmes précédents.
- Tenir compte des échecs et des succès.

7.2 Apprendre, innover et adapter les programmes sur la base du suivi et de l'évaluation des programmes, y compris les commentaires et plaintes des personnes affectées.

- Utiliser des approches basées sur l'écoute et d'autres approches participatives de qualité. Les personnes touchées par la crise sont les mieux placées pour juger des besoins et des changements de situation.
- Partager les enseignements tirés avec les communautés et en discuter avec elles, leur demander ce qu'elles feraient différemment et comment renforcer leur rôle dans le processus de prise de décisions ou de gestion.

7.3 Échanger les enseignements et l'innovation au sein de l'organisation, avec les communautés, les personnes affectées et les autres parties prenantes.

- Présenter les informations recueillies par le biais du suivi et de l'évaluation sous une forme accessible permettant les échanges et la prise de décisions
⊕ cf. Engagement n°4.
- Identifier les manières de soutenir les activités d'apprentissage à l'échelle du système.



Responsabilités organisationnelles

7.4 Des politiques d'évaluation et d'apprentissage sont en place et des moyens pour apprendre et améliorer les pratiques sont disponibles.

- Les organisations incorporent dans leur cycle d'apprentissage un plan d'analyse et d'amélioration des performances fondé sur des indicateurs et objectifs mesurables.
- Tout le personnel comprend quelles sont ses responsabilités par rapport au suivi de ses progrès et comment l'apprentissage peut contribuer à son développement professionnel.

7.5 Des mécanismes existent pour enregistrer et partager au sein de l'organisation l'expérience, les leçons et le savoir-faire accumulés.

- L'apprentissage organisationnel doit conduire à des changements concrets (amélioration dans la réalisation des évaluations, réorganisation des équipes pour une meilleure cohésion, description plus claire des responsabilités décisionnelles).

7.6 L'organisation contribue à l'apprentissage et à l'innovation de l'intervention humanitaire avec ses pairs et à l'échelle du secteur.

- Compiler et publier des rapports sur les interventions humanitaires, notamment les principaux enseignements tirés et les recommandations pour revoir les pratiques lors de prochaines interventions.

Notes d'orientation

Apprendre des expériences : À chaque objectif de performance, d'apprentissage et de redevabilité correspond une approche et une méthode spécifiques :

Le suivi - collecte régulière de données sur les activités et les performances des projets - peut servir à rectifier les erreurs. Utiliser des données qualitatives et quantitatives pour suivre et évaluer ; croiser les données et disposer d'une base d'informations cohérente. Employer des méthodes éthiques de collecte, de gestion et de présentation. Déterminer le type de données recueillies ainsi que le mode de présentation en fonction de l'usage prévu et des utilisateurs des données. Ne collecter que les données qui seront analysées ou utilisées.

Examens en temps réel - exercices d'évaluation ponctuels qui impliquent des personnes travaillant sur le projet et peuvent servir à rectifier les erreurs.

Retour d'information - informations reçues des personnes affectées, non pas nécessairement des structures, qui peuvent être utilisées pour rectifier les erreurs. Les personnes affectées par la crise sont les mieux placées pour juger les changements intervenus dans leurs vies.

Analyse des actions - exercices ponctuels qui impliquent des personnes travaillant sur le projet et sont réalisés à la fin du projet. Identifie les éléments à garder et à modifier dans les projets futurs.

Évaluations - activités formelles servant à déterminer la valeur d'une activité, d'un projet ou d'un programme. Effectuées normalement par des personnes extérieures au projet. Peuvent être conduites en temps réel (pour permettre de rectifier les erreurs) ou à la fin du projet, pour appliquer les enseignements tirés à des situations similaires et orienter les politiques.

Étude - implique une enquête systématique sur certaines questions en lien avec l'action humanitaire, généralement utilisée pour orienter les politiques.

Innovation : La réponse en cas de crise contribue souvent à l'innovation car les personnes et les organisations s'adaptent à des environnements changeants. Les personnes affectées par la crise innovent car elles s'adaptent aux changements qui se produisent dans leurs vies ; elles peuvent bénéficier d'un soutien les impliquant de manière plus systématique dans les processus d'innovation et de développement.

Collaboration et partage des enseignements : La collaboration avec d'autres organisations, organes gouvernementaux et non gouvernementaux et institutions universitaires sur les questions d'apprentissage est une obligation professionnelle qui peut apporter de nouvelles perspectives et idées tout en optimisant l'utilisation de ressources limitées. La collaboration contribue également à alléger le fardeau d'évaluations répétées au sein d'une même communauté.

Des exercices d'apprentissage entre pairs ont été réalisés par plusieurs organisations et peuvent être mis en œuvre pour suivre les progrès en temps réel ou à titre d'exercice de réflexion après une crise.

Les réseaux et les communautés de pratique (y compris les réseaux universitaires) peuvent créer des possibilités d'apprendre à travers les pairs, tant sur le terrain que lors de l'analyse des actions ou sur les forums d'apprentissage. Ils peuvent apporter une importante contribution aux pratiques organisationnelles et à l'apprentissage à l'échelle du système. Le partage des défis et des succès avec les pairs permet aux acteurs humanitaires d'identifier les risques et d'éviter des erreurs.

Les informations objectives dont disposent les différents secteurs sont particulièrement utiles. Analyser ces informations collectives pour en tirer les enseignements contribuera probablement plus à l'application de changements organisationnels que les leçons apprises au sein d'une seule organisation.

Le suivi effectué par les personnes affectées peut renforcer la transparence et la qualité, et encourager l'appropriation des informations.

Politiques d'évaluation et d'apprentissage : Les enseignements et domaines clés identifiés comme nécessitant une amélioration ne sont pas toujours traités de manière systématique et aucune leçon n'est vraiment apprise tant qu'elle n'a pas amené de changements visibles dans la manière de répondre aux crises.

Gestion du savoir et apprentissage organisationnel : La gestion du savoir suppose de collecter, de développer, de partager, de stocker et d'utiliser efficacement les connaissances et l'apprentissage organisationnels. Le personnel national employé à plus long terme constitue souvent la clé de la préservation du savoir et des relations au niveau local.

L'apprentissage doit également s'étendre aux acteurs nationaux, régionaux et locaux et les aider à développer ou à actualiser leurs propres plans de préparation aux crises.



Engagement n°8

Les communautés et les personnes touchées par une crise reçoivent l'aide dont elles ont besoin de la part d'un personnel et de bénévoles compétents et bien encadrés.

Critère de qualité

Le personnel est soutenu dans son travail pour qu'il soit efficace et reçoit un traitement juste et équitable.

Indicateurs de performance

1. Tout le personnel se sent soutenu par l'organisation dans l'accomplissement de son travail.
2. Le personnel atteint ses objectifs de performance de manière satisfaisante.
3. Les communautés et les personnes affectées par la crise estiment que le personnel est efficace en termes de connaissances, de compétences, de comportements et d'attitudes.
4. Les communautés et les personnes touchées par la crise savent qu'il existe des codes de conduite humanitaires et qu'il est possible de signaler tout manquement à ces règles.

Actions clés

8.1 Le personnel travaille en accord avec le mandat et les valeurs de l'organisation et selon des objectifs et des standards de performance acceptés par tous.

- Différentes clauses et conditions peuvent s'appliquer aux différents types et niveaux de personnel. Le droit du travail national dicte souvent le statut des personnes et doit être respecté. Le personnel doit être informé de son statut juridique et organisationnel, qu'il soit national ou international.

8.2 Le personnel adhère aux politiques qui le concernent et comprend les conséquences d'une violation des règles en vigueur.

- La nécessité d'offrir des formations liées au mandat, aux politiques et aux codes de conduite de l'organisation s'applique à toutes les situations, même en cas de déploiement rapide.

8.3 Les employés développent et utilisent les compétences personnelles, techniques et de gestion nécessaires à la réalisation de leurs tâches, ils comprennent la manière dont leur organisation peut les soutenir pour y parvenir.

- Au premier stade d'une crise, les occasions en termes de développement formel du personnel peuvent être limitées, mais les responsables doivent au moins assurer une orientation et une formation sur le tas.

Responsabilités organisationnelles

8.4 L'organisation dispose des compétences et des ressources humaines pour mettre en œuvre ses programmes.

- Embaucher des personnes qui favoriseront l'accessibilité aux services et éviteront toute perception de discrimination fondée sur la langue, l'ethnie, le genre, le handicap et l'âge.
- Envisager la manière dont l'organisation fera face aux pics de demande de personnel qualifié à l'avance. Définir clairement au niveau du pays les rôles et les responsabilités ainsi que les responsabilités relatives aux décisions internes et aux communications.
- Éviter de déployer le personnel pour de courtes durées car cela entraîne un changement trop fréquent des effectifs, affecte la continuité et la qualité des programmes, et peut amener les employés à éviter de prendre leurs responsabilités dans l'exercice de leurs missions.
- Adopter des pratiques de recrutement éthiques pour éviter d'affecter les capacités des ONG locales.
- Renforcer le recrutement de personnel local, qui est susceptible de rester plus longtemps. Dans les organisations ayant plusieurs mandats, le personnel dédié au développement doit être formé et disponible pour l'intervention humanitaire.

8.5 Les politiques et les procédures en matière de ressources humaines sont équitables, transparentes, non discriminatoires et conformes au droit du travail local.

- La politique et les pratiques de l'organisation doivent promouvoir le rôle du personnel national aux niveaux de la gestion et de la direction pour assurer une meilleure continuité, conserver la mémoire institutionnelle et élaborer des réponses mieux adaptées au contexte.

8.6 Des descriptions de poste, des objectifs de travail et des processus de retour d'information sont en place pour que le personnel ait une compréhension claire de ce qui lui est demandé.

- La description des postes est précise et à jour.
- Les employés définissent des objectifs personnels correspondant aux aspirations professionnelles et aux compétences qu'ils espèrent développer, et celles-ci sont reprises dans un plan de développement.

8.7 Un code de conduite est en place et interdit au personnel, a minima, toute forme d'exploitation, d'abus ou de discrimination.

- Le code de conduite de l'organisation est compris, signé et respecté, et tous les représentants de l'organisation (personnel, bénévoles, partenaires et entrepreneurs) comprennent bien les règles de comportement à adopter et les conséquences en cas de violation du code.



8.8 Des politiques sont en place pour encourager le personnel à améliorer ses compétences et ses aptitudes.

- Les organisations doivent disposer de mécanismes pour analyser les performances du personnel, évaluer les lacunes en matière de capacités et développer les talents.

8.9 Des politiques sont en place pour assurer la sécurité et le bien-être du personnel.

- Les organisations ont le devoir de protéger leurs travailleurs. Les responsables doivent informer les travailleurs humanitaires des risques et les protéger contre toute exposition inutile à des menaces pour leur santé physique et émotionnelle.
- Parmi les mesures pouvant être adoptées figurent une gestion efficace de la sécurité, des consultations de médecine préventive, des heures de travail raisonnables et l'accès à un soutien psychologique.
- Établir une politique de tolérance zéro face au harcèlement et aux abus, notamment face au harcèlement et aux abus sexuels, sur le lieu de travail.
- Élaborer des stratégies de prévention et de réponse holistiques pour traiter les cas de harcèlement et de violences sexuels subis ou perpétrés par le personnel.

Notes d'orientation

Personnel et bénévoles : Tous les représentants de l'organisation, y compris les employés nationaux, internationaux, permanents ou temporaires ainsi que les bénévoles et les consultants, sont considérés comme des membres du personnel.

Les organisations doivent sensibiliser le personnel et les bénévoles aux spécificités des groupes marginalisés et à la nécessité d'éviter les pratiques et les comportements stigmatisants et discriminatoires.

Adhésion aux mandats, aux valeurs et aux politiques de l'organisation : Le personnel doit respecter les aspects juridiques, la mission, les valeurs et la vision de l'organisation, lesquels doivent être définis et lui être communiqués. Au-delà de cette compréhension élargie du rôle et des modalités de travail de l'organisation, tout employé doit définir ses objectifs personnels et ses attentes en termes de performances avec son supérieur.

Les politiques doivent communiquer clairement au personnel et aux bénévoles l'engagement de l'organisation en faveur de la parité des sexes.

Les politiques doivent promouvoir un environnement de travail ouvert, rassembleur et accessible aux personnes handicapées. Il peut s'agir de repérer et d'éliminer les obstacles à l'accessibilité sur le lieu de travail ; d'interdire la discrimination fondée sur le handicap ; de promouvoir l'égalité des chances et de rémunération

pour un travail de valeur égale ; et de prévoir un aménagement raisonnable du lieu de travail pour les personnes handicapées.

Les partenaires, les entrepreneurs et les prestataires de services externes doivent, eux aussi, connaître les politiques et les codes de conduite qui leur sont applicables, ainsi que les conséquences découlant de tout manquement à ces règles (telles que la rupture du contrat).

Standards de performance et développement des compétences : Le personnel et l'employeur sont mutuellement responsables du développement de leurs compétences – notamment des compétences en gestion. Grâce à des objectifs et à des standards de performance clairement définis, ils doivent comprendre quelles sont les compétences, les aptitudes et les connaissances requises pour évoluer à leurs postes. Ils doivent également être informés des perspectives de croissance et de développement disponibles ou requises. L'expérience, la formation, le mentorat ou l'accompagnement permettent de renforcer les compétences.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour évaluer les compétences et le comportement d'un membre du personnel, notamment l'observation, l'analyse du travail produit, les entretiens directs avec lui et avec ses collègues. La réalisation régulière d'évaluations des performances documentées doit permettre aux responsables d'identifier les domaines dans lesquels un soutien et une formation sont nécessaires.

Capacités et aptitudes du personnel : Les systèmes de gestion du personnel varient selon les agences et selon le contexte, mais ceux-ci doivent reposer sur les bonnes pratiques. Ils doivent être pensés et planifiés à un niveau stratégique avec le soutien de la direction. L'organisation et les plans des projets doivent tenir compte des capacités du personnel et de la parité des sexes. Les objectifs à court et à long terme de l'organisation doivent être réalisés par les bons effectifs possédant les bonnes compétences et déployés au bon endroit au bon moment.

Les organisations doivent veiller à ce que le personnel possède les compétences requises pour contribuer à l'écoute des communautés, à la prise de décisions et à la réalisation des actions. Le personnel doit également être formé à l'application des procédures opératoires standard, ce qui permet un plus haut degré de délégation et une plus grande célérité d'intervention.

Les calendriers d'évaluation des performances doivent être suffisamment flexibles pour couvrir le personnel tant temporaire que permanent. Une attention appropriée doit être accordée aux compétences sociales suivantes : savoir écouter, savoir rassembler, faciliter le dialogue avec les communautés et encourager les communautés à prendre des décisions et des initiatives.

Les organisations partenaires doivent s'accorder sur les compétences requises du personnel pour adhérer aux engagements prévus.



Politiques et procédures relatives au personnel : Le style et la complexité des politiques et des procédures relatives au personnel dépendront de la taille et du contexte de chaque organisation. Quelle que soit la taille de l'organisation, le personnel doit participer au développement et à l'analyse des politiques lorsque cela est possible, afin que son avis soit représenté. Un guide spécifique informe le personnel sur les politiques le concernant, facilite la consultation de celles-ci et avertit des conséquences en cas de non respect.

Orientation du personnel : Chaque membre du personnel doit identifier des objectifs personnels correspondant aux aspirations professionnelles et aux compétences qu'il souhaite développer, lesquelles sont reprises dans un plan de développement.

La présence de personnel compétent ne garantit pas à elle seule l'efficacité d'une intervention, cela dépendra aussi de la manière dont il est encadré. Les études menées dans des situations d'urgence montrent que l'encadrement, les cadres et les procédures sont des facteurs tout aussi, voire plus, importants pour l'efficacité d'une intervention humanitaire que les compétences du personnel.

Sécurité et bien-être : Le personnel travaille souvent de longues heures dans des conditions risquées et stressantes. Les actions visant, entre autres, à promouvoir le bien-être mental et physique et à éviter l'épuisement, le surmenage, les blessures et les maladies à long terme du personnel national et international s'inscrivent dans le devoir de protection d'une organisation.

Les responsables peuvent promouvoir le devoir de protection en établissant des modèles de bonne pratique et en respectant personnellement la politique. Les travailleurs humanitaires doivent aussi assumer la gestion de leur bien-être. Les travailleurs ayant vécu des expériences ou été le témoin d'événements extrêmement angoissants doivent immédiatement recevoir des premiers secours psychologiques.

Former le personnel à la collecte d'informations sur des actes de violences sexuelles subis par leurs collègues. Permettre l'emploi de mesures d'enquête et de dissuasion solides promouvant la confiance et la redevabilité. Lorsque des incidents se produisent, centrer le soutien médical et psychosocial sur la victime, notamment sur la reconnaissance des traumatismes vicariants. Ce soutien doit être réactif et tenir compte des besoins des expatriés et du personnel national.

Un professionnel de santé mentale répondant aux critères culturels et linguistiques appropriés doit prendre contact avec le personnel national et international dans un délai de trois mois maximum après la survenue d'un événement potentiellement traumatisant. Le professionnel doit évaluer l'état de la victime et l'orienter vers un traitement clinique le cas échéant.

Engagement n°9

Les communautés et les personnes affectées par la crise sont en droit d'attendre des organisations qui les assistent qu'elles gèrent leurs ressources de manière efficace, efficiente et éthique.

Critère de qualité

Les ressources sont gérées et utilisées de façon responsable et pour l'usage prévu.

Indicateurs de performance

1. Les communautés et les personnes affectées par la crise sont informées des budgets, des dépenses et des résultats qui les concernent.
2. Les communautés et les personnes affectées par la crise considèrent que les ressources disponibles sont utilisées :
 - a. à bon escient ; et
 - b. sans diversion ni gaspillage.
3. Les ressources reçues pour l'intervention sont utilisées et suivies conformément aux plans, aux objectifs, aux budgets et aux délais fixés.
4. L'intervention humanitaire est mise en œuvre de manière efficiente.

Actions clés

9.1 Concevoir des programmes et mettre en œuvre des processus qui garantissent une utilisation efficiente des ressources, en trouvant un équilibre entre la qualité, le coût et la rapidité à chaque phase de l'intervention.

- Lors de crises à déclenchement rapide, adapter les procédures pour accélérer la prise de décisions financières et relever les défis (cela concerne par exemple le manque de prestataires pour des appels d'offre concurrentiels).

9.2 Gérer et utiliser les ressources de façon à atteindre l'objectif prévu tout en réduisant le gaspillage.

- Veiller à déployer du personnel possédant des compétences spécifiques et des systèmes pour gérer les risques associés à l'approvisionnement, à l'aide monétaire et à la gestion des stocks.

9.3 Inscrire et suivre les dépenses en lien avec le budget.

- Établir des systèmes de planification et de suivi financiers pour garantir la réalisation des objectifs, y compris des procédures pour limiter les principaux risques de gestion financière.
- Garder une trace de toutes les transactions financières.



9.4 En cas d'utilisation des ressources naturelles locales, prendre en compte l'incidence sur l'environnement.

- Effectuer une évaluation rapide de l'incidence sur l'environnement en vue de déterminer les risques et de mettre en place des mesures d'atténuation le plus tôt possible dans l'intervention ou le programme.

9.5 Gérer le risque de corruption et prendre les mesures nécessaires le cas échéant.

- Documenter les critères et les sources de financement. Communiquer sur le projet ouvertement et en toute transparence.
- Encourager les parties prenantes à signaler les abus de pouvoir.

Responsabilités organisationnelles

9.6 Des politiques et des procédures sont en place en matière d'utilisation et de gestion des ressources, elles précisent entre autres comment l'organisation :

- a. accepte et alloue des fonds et des dons en nature de façon éthique et légale ;
- b. utilise ses ressources de façon responsable vis-à-vis de l'environnement ;
- c. prévient et traite les cas de corruption, de fraude, de conflit d'intérêt et d'abus financiers ;
- d. effectue des audits, vérifie la conformité avec les procédures et en rend compte de façon transparente ;
- e. évalue, gère et atténue les risques de façon continue ; et
- f. s'assure que les ressources qu'elle accepte ne compromettent pas son indépendance.

Notes d'orientation

Utilisation efficace des ressources : Le terme « ressources » fait référence aux besoins d'une organisation pour remplir sa mission. Cela comprend, de manière non exhaustive, les fonds, le personnel, les biens, l'équipement, le temps, les terres et l'environnement en général.

Lors de crises soudaines et très médiatisées, une pression s'exerce souvent sur les organisations pour qu'elles interviennent rapidement et montrent qu'elles agissent pour résoudre la situation. En conséquence, il arrive que la planification du projet ne soit pas soignée et que l'accent ne soit pas assez mis sur la nécessité d'explorer différentes options en termes de programme et de financements (par exemple, le recours à une aide monétaire) qui pourraient être plus rentables.

Quoi qu'il en soit, le risque élevé de corruption dans ces situations justifie l'importance de fournir une formation et un soutien au personnel et d'établir des mécanismes de gestion des plaintes afin d'éviter que la corruption ne gangrène les systèmes ⊕ cf. Engagements n°3 et n°5.

Le déploiement d'un personnel expérimenté dans ces moments-là peut contribuer à limiter les risques et garantir un équilibre entre une intervention rapide, le respect des standards et la réduction du gaspillage.

La collaboration et la coordination entre les organisations (et les communautés) peuvent également contribuer à une intervention plus efficace (par exemple, en effectuant des évaluations conjointes ou en favorisant un enregistrement ou des systèmes logistiques interorganisations).

À la fin du projet, les ressources et les biens restants seront donnés, vendus ou rendus de manière responsable.

Utiliser les ressources pour l'usage prévu : Tous les acteurs humanitaires ont une responsabilité à l'égard des donateurs et des personnes affectées et doivent pouvoir démontrer que les ressources ont été utilisées de manière appropriée, efficace et à bon escient.

Le registre comptable doit être conforme aux standards nationaux et/ou internationaux acceptés et être appliqué systématiquement au sein de l'organisation.

La fraude, la corruption et le gaspillage privent ceux qui en ont le plus besoin des ressources disponibles. Quoi qu'il en soit, une intervention inefficace par manque de personnel ou de ressources ne peut être qualifiée de responsable. La réalisation d'économies n'est pas toujours le signe d'une optimisation des ressources. Il y aura lieu souvent de trouver un équilibre entre économie, efficacité et rendement.

Suivi et rapports financiers : Le personnel s'engage à gérer convenablement les fonds. Le personnel est encouragé à faire part de tout soupçon de fraude, de corruption ou de détournement des ressources.



Incidence sur l'environnement et utilisation des ressources naturelles : Les interventions humanitaires peuvent avoir des effets négatifs sur l'environnement. Elles peuvent par exemple générer un volume de déchets important, entraîner la dégradation des ressources naturelles, le tarissement ou la contamination des nappes phréatiques, la déforestation et d'autres détériorations de l'environnement.

Les écosystèmes sont essentiels au bien-être de l'homme et le protègent face aux catastrophes naturelles. Toute incidence sur l'environnement doit être traitée comme une question transversale car ces risques peuvent mettre en danger durablement les vies, la santé et les moyens d'existence. Impliquer les personnes affectées et intégrer leurs préoccupations dans le processus est fondamental. Le soutien à la gestion locale des ressources naturelles doit faire partie de la programmation.

Gestion des risques de corruption : La définition et la perception des pratiques de corruption ne sont pas les mêmes dans toutes les cultures. Il est fondamental de définir clairement le comportement attendu du personnel (y compris les bénévoles) et des partenaires pour se prémunir contre ce risque ⊕ cf. Engagement n°8.

L'instauration d'un dialogue respectueux avec les membres de la communauté, en établissant des mécanismes de suivi sur site, et l'application du principe de transparence avec les parties prenantes, peuvent contribuer à réduire les risques de corruption.

Les **dons en nature** peuvent générer des dilemmes éthiques. Dans de nombreuses cultures, les cadeaux sont considérés comme une norme sociale importante et tout refus est impoli. Si le destinataire du cadeau se sent obligé lorsqu'on le lui offre, il doit poliment le refuser. S'il l'accepte, il est important qu'il le déclare et en parle avec un responsable si cela peut poser un problème.

Limiter les risques de dépendance opérationnelle et de partialité des organisations en donnant des instructions au personnel et en encourageant la transparence. Le personnel doit être informé de ces politiques et des éventuels dilemmes qui y sont liés.

Ressources naturelles et incidence sur l'environnement : Les organisations doivent s'engager à adopter des politiques et pratiques qui prennent en considération l'environnement (y compris des plans d'action et une évaluation rapide des incidences sur l'environnement), et appliquer les directives existantes de résolution des problèmes environnementaux en situation d'urgence.

Les politiques d'achat responsables contribuent à réduire l'impact sur l'environnement mais doivent être gérées de manière à réduire les retards de la prestation des services d'aide.

Corruption et fraude : Le terme de fraude recouvre le vol, le détournement de marchandises ou de biens et la falsification de documents tels que les demandes de remboursement de frais. Toutes les organisations doivent conserver des traces de leurs transactions financières afin de prouver de quelle manière les fonds ont été utilisés. Mettre en place des systèmes et des procédures pour garantir un contrôle interne des ressources financières et éviter les fraudes et la corruption.

Les organisations doivent soutenir les bonnes pratiques reconnues en matière de gestion financière et de tenue des comptes. Les politiques de l'organisation doivent également garantir la transparence et l'efficacité des systèmes d'achat et intégrer des mesures de lutte contre le terrorisme.

Conflits d'intérêt : Les membres du personnel doivent s'assurer qu'il n'existe aucun conflit entre les objectifs de l'organisation et leurs intérêts personnels ou financiers. Il leur est interdit notamment de passer des contrats avec des fournisseurs, des organisations ou des personnes si eux-mêmes ou leurs familles en retirent un bénéfice financier.

Il existe différentes formes de conflits d'intérêt et les personnes ne se rendent pas toujours compte qu'elles enfreignent les codes et les politiques de l'organisation. Par exemple, l'utilisation des ressources de l'organisation sans sa permission ou l'acceptation de cadeaux de la part d'un fournisseur peuvent constituer des conflits d'intérêt.

L'instauration d'une culture dans laquelle les personnes se sentent libres d'évoquer ou de déclarer tout conflit d'intérêt réel ou potentiel est la clé de la gestion de ces conflits.

Audit et transparence : Les audits peuvent prendre différentes formes. Les audits internes servent à vérifier que les procédures sont suivies. Les audits externes permettent de déterminer si les états financiers sont exacts et fidèles. Un audit d'enquête est lancé lorsqu'une organisation soupçonne l'existence d'un problème spécifique – généralement une fraude.



Annexe

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés et des responsabilités organisationnelles

Une aide à la réflexion sur les actions clés et les responsabilités organisationnelles contenues dans la Norme humanitaire fondamentale est proposée ci-après sous forme de questions. Ces questions peuvent servir de support à la conception des programmes ou d'outil pour revoir un projet, une intervention ou une politique.

Engagement n° 1 Les communautés et les personnes affectées par la crise reçoivent une aide adaptée à leurs besoins.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Une évaluation des compétences et des besoins a-t-elle été réalisée de manière exhaustive et sur une base consultative, et utilisée pour planifier l'intervention ?
2. Les personnes et les communautés affectées, les institutions locales et les autres parties prenantes (notamment les groupes représentatifs des femmes, des hommes, des filles et des garçons) ont-elles été consultées lors de l'évaluation des besoins, des risques, des capacités et du contexte ? Les données d'évaluation et de suivi sont-elles ventilées par sexe, âge et handicap ?
3. Comment les groupes à risque ont-ils été repérés ?
4. Les questions transversales pertinentes ont-elles été prises en compte dans l'analyse des besoins et du contexte ?
5. L'intervention fournit-elle une aide adaptée aux besoins et aux préférences des populations affectées (par exemple, aide en nature, argent liquide) ? Y a-t-il différents types d'aide et de protection pour les différents groupes démographiques ?
6. Quelles actions ont été entreprises pour adapter l'intervention aux différents groupes démographiques selon les besoins, les capacités, les risques et le contexte ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. L'organisation s'est-elle engagée à adopter des politiques claires en matière de droits, d'impartialité et d'indépendance dans son action humanitaire, et le personnel en a-t-il connaissance ?
2. Les parties prenantes concernées perçoivent-elles les actions de l'organisation comme impartiales, indépendantes et non discriminatoires ?
3. Les procédures de travail comprennent-elles des mécanismes permettant une collecte régulière et cohérente des données et leur ventilation par sexe, âge, handicap et autres critères adaptés ?

4. Ces données sont-elles régulièrement exploitées dans la conception et la mise en œuvre du programme ?
5. L'organisation possède-t-elle la souplesse nécessaire en termes de financement, de politiques de recrutement et de programmation pour adapter l'intervention à l'évolution des besoins ?
6. L'organisation conduit-elle systématiquement des analyses de marché pour déterminer les formes d'aide appropriées ?

Engagement n° 2 Les communautés et les personnes affectées par la crise ont accès à temps à l'aide humanitaire dont elles ont besoin.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Les contraintes telles que les obstacles physiques ou la discrimination et les risques sont-elles régulièrement repérées et analysées, et les plans sont-ils adaptés en conséquence avec les populations affectées ?
2. La planification des activités est-elle opportune : tient-elle compte des facteurs météorologiques, saisonniers, sociaux, pratiques (accessibilité) ou contextuels (période de conflit) ?
3. Les retards dans la mise en œuvre des plans et la réalisation des activités sont-ils suivis et des solutions sont-elles recherchées ?
4. Applique-t-on des systèmes d'alerte anticipée et des plans de secours ?
5. Applique-t-on des standards techniques reconnus ?
6. Les besoins non couverts sont-ils repérés et traités ?
7. Les résultats du suivi sont-ils utilisés pour adapter les programmes ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Existe-t-il des processus clairs permettant d'évaluer si l'organisation dispose de la capacité, des moyens financiers et du personnel déployable requis avant de contracter des engagements sur des programmes ?
2. Des politiques, des processus et des ressources clairs ont-ils été mis en place pour gérer le suivi et l'évaluation des programmes, puis utiliser les résultats pour la gestion et la prise de décisions ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
3. Existe-t-il des processus qui définissent clairement les responsabilités et les délais à respecter pour la prise de décisions sur l'allocation des ressources ?

Engagement n° 3 Les communautés et les personnes affectées par la crise ne sont pas touchées de manière négative par l'action humanitaire et sont mieux préparées, plus résilientes et moins vulnérables grâce à celle-ci.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Les capacités locales qui soutiennent la résilience (structures, organisations, groupes informels, leaders et réseaux de soutien) ont-elles été identifiées et existe-t-il des plans pour renforcer ces capacités ?



2. Les informations existantes sur les risques, les dangers, les vulnérabilités et les plans associés sont-elles utilisées pour la programmation des activités ?
3. Le programme envisage-t-il que les services soient prestés par la société civile, le gouvernement ou des acteurs du secteur privé locaux et en définit-il les modalités ? Des plans sont-ils mis en œuvre pour soutenir ces acteurs qui prennent en charge la prestation des services concernés ?
4. Des stratégies et des actions destinées à limiter les risques et à soutenir la résilience ont-elles été conçues en consultant les personnes et les communautés affectées ou en suivant leurs orientations ?
5. De quelles manières (formelles et informelles) les leaders et/ou les autorités, au niveau local, sont-ils consultés afin de s'assurer que les stratégies d'intervention correspondent bien aux priorités locales et/ou nationales ?
6. Le personnel soutient-il suffisamment les initiatives locales, notamment les initiatives d'entraide communautaires - en particulier celles qui sont orientées vers les groupes marginalisés et les groupes minoritaires - et celles qui portent sur les premiers secours et le renforcement des capacités pour les interventions futures ?
7. La réponse est-elle conçue pour faciliter un relèvement rapide de la société ?
8. Les populations locales s'approprient-elles progressivement les informations et la prise de décisions ?
9. Une évaluation du marché a-t-elle été réalisée pour identifier les incidences possibles du programme sur l'économie locale ?
10. Une stratégie claire de transition et/ou de désengagement a-t-elle été établie après consultation auprès des personnes affectées et d'autres parties prenantes concernées ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Existe-t-il une politique exigeant une évaluation des risques et des mesures de réduction des risques pour les personnes vulnérables dans les domaines d'action de l'organisation ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
2. Existe-t-il des politiques et des procédures d'évaluation et de limitation des effets négatifs sur l'intervention ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
3. Des politiques et des procédures sont-elles en place pour gérer les situations d'exploitation, d'abus ou de discrimination sexuels notamment pour des raisons d'orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
4. Des scénarios de réponse aux crises ont-ils été définis pour faire face à de nouvelles crises ou à l'évolution de crises existantes ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
5. Le personnel comprend-il ce qu'on attend de lui en termes de protection, de sécurité et de risques ?
6. L'organisation favorise-t-elle et promeut-elle les actions menées par les communautés et les initiatives d'entraide communautaires ?

Engagement n°4 Les communautés et les personnes affectées par la crise connaissent leurs droits, ont accès à l'information et participent aux décisions qui les concernent.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Les informations relatives à l'organisation et à l'intervention sont-elles fournies de manière accessible et adéquate aux différents groupes affectés ?
2. Les femmes, les hommes, les filles et les garçons (et notamment ceux marginalisés et vulnérables) peuvent-ils accéder aux informations fournies et les comprendre ?
3. Demande-t-on leur avis aux personnes affectées, y compris à celles qui sont les plus vulnérables et marginalisées, et ces avis sont-ils pris en compte pour orienter la conception et la mise en œuvre des programmes ?
4. Tous les groupes de la communauté affectée savent-ils de quelle manière ils peuvent donner leur avis sur l'intervention humanitaire et se sentent-ils en sécurité lorsqu'ils utilisent ces moyens de donner leur avis ?
5. Le retour d'information est-il utilisé ? Des éléments du programme ont-ils été changés suite au retour d'information ? ⊕ cf. *Actions clés 1.3 et 2.5.*
6. Les obstacles à la possibilité de fournir un retour d'information sont-ils repérés et traités ?
7. Les données récoltées via les mécanismes de retour d'information sont-elles ventilées par genre, âge, handicap et autres catégories pertinentes ?
8. Lorsque l'aide est fournie par le biais de transferts électroniques, les personnes ont-elles la possibilité de faire parvenir leurs commentaires même lorsqu'il n'y a aucun contact direct avec le personnel ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Les politiques et les plans des programmes comportent-ils des dispositions relatives au partage de l'information y compris les critères permettant de décider quelles informations devraient être partagées ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
2. Les politiques et les plans des programmes prévoient-ils des dispositions pour la protection des données ? Des critères pour le stockage sécurisé des données (armoires fermant à clé pour les documents en version imprimée et utilisation de mots de passe pour les fichiers électroniques), la restriction de l'accès, la destruction des données en cas d'évacuation et le partage de l'information ont-ils été définis ? Les protocoles de partage de l'information précisent-ils les informations pouvant être partagées, les personnes autorisées à les recevoir et les situations dans lesquelles ce partage doit avoir lieu ? (Garder à l'esprit que le partage des informations doit reposer sur le principe de « besoin de connaître » et que celles-ci ne peuvent contenir des détails permettant d'identifier les personnes ou des histoires de cas sauf si cela est nécessaire.)
3. Les politiques comportent-elles des dispositions relatives au traitement des informations confidentielles ou sensibles ainsi que des informations



susceptibles de mettre en danger le personnel ou les personnes affectées ?

Le personnel en a-t-il connaissance ?

4. Existe-il une politique et des directives concernant la représentation des personnes affectées dans la communication externe et notamment les supports utilisés pour les collectes de fonds. Le personnel en a-t-il connaissance ?

Engagement n°5 Les communautés et les personnes affectées par la crise ont accès à des mécanismes sûrs et réactifs pour traiter leurs plaintes.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Les communautés et les personnes touchées par la crise sont-elles consultées sur la meilleure manière de concevoir des mécanismes de gestion des plaintes ?
2. Les préférences de tous les groupes démographiques sont-elles prises en compte, notamment celles relatives à la sécurité et à la confidentialité, lors de l'établissement des mécanismes de gestion des plaintes ?
3. Fournit-on à tous les groupes démographiques des informations sur la manière dont fonctionnent les mécanismes de plainte et le type de plaintes pouvant être déposées via ces mécanismes ? Ces informations sont-elles comprises ?
4. Les délais pour enquêter sur les plaintes et les résoudre ont-ils été approuvés et respectés ? Le temps entre le dépôt d'une plainte et sa résolution est-il enregistré ?
5. Les plaintes relatives à une exploitation, des abus ou une discrimination sexuels font-elles immédiatement l'objet d'une enquête par un personnel qualifié et disposant du niveau d'autorité requis ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Des politiques, des procédures et des budgets spécifiques sont-ils en place pour gérer les plaintes ?
2. Tous les membres du personnel reçoivent-ils une formation et une formation continue sur la politique et les procédures de gestion des plaintes au sein de l'organisation ?
3. La politique de gestion des plaintes de l'organisation comporte-t-elle des dispositions relatives à l'exploitation, aux abus et à la discrimination sexuels ?
4. L'engagement de l'organisation contre l'exploitation, les abus et la discrimination sexuels et les procédures associées est-il porté à la connaissance des communautés et des personnes affectées ?
5. Les plaintes ne pouvant pas être gérées par l'organisation sont-elles transmises dans les meilleurs délais aux organisations concernées ?

Engagement n°6 Les communautés et les personnes affectées par la crise reçoivent une aide coordonnée et complémentaire.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Les informations sur les compétences, les ressources, les zones géographiques et les secteurs d'activité de l'organisation sont-elles partagées au bon moment avec les autres intervenants ?

2. L'organisation se renseigne-t-elle sur les compétences, les ressources, les zones géographiques et les secteurs d'activité d'autres organisations, y compris les autorités locales et nationales, et les utilise-t-elle ?
3. Les structures de coordination existantes ont-elles été identifiées et soutenues ?
4. Les programmes des autres organisations et autorités sont-ils pris en compte lors de la conception, de la planification et de la mise en œuvre des programmes ?
5. Des lacunes et des doublons concernant les efforts déployés ont-ils été repérés et traités ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Existe-t-il un engagement clair au niveau des politiques et/ou des stratégies organisationnelles à travailler en coordination avec d'autres acteurs ?
2. Des critères ou des conditions de sélection des partenaires, et de collaboration et de coordination ont-ils été définis ?
3. Des dispositions formelles régissant les partenariats sont-elles en place ?
4. Les accords de partenariat comportent-ils une définition claire des rôles, des responsabilités et des engagements de chaque partenaire, et notamment de la manière dont chacun d'entre eux contribuera au respect conjoint des principes humanitaires ?

Engagement n°7 Les communautés et les personnes affectées par la crise sont en droit d'attendre une aide en constante amélioration, grâce à la réflexion des organisations et aux enseignements tirés de leurs expériences.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Des évaluations et des études effectuées en rapport aux réponses lors de crises similaires sont-elles consultées et intégrées de manière appropriée dans la conception des programmes ?
2. Les processus de suivi, d'évaluation, de retour d'information et de gestion des plaintes aboutissent-ils à des changements et/ou des innovations dans la conception et la mise en œuvre des programmes ?
3. Les enseignements sont-ils systématiquement documentés ?
4. Des systèmes sont-ils utilisés pour partager les enseignements tirés avec les parties prenantes concernées et notamment les personnes affectées et les partenaires ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Existe-t-il des politiques et des ressources dédiées à l'évaluation et à l'apprentissage ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
2. Existe-t-il des instructions claires en matière de documentation et de diffusion de l'apprentissage, et spécifiques aux crises humanitaires ?
3. Les éléments d'apprentissage sont-ils identifiés, documentés et partagés au sein de l'organisation ?



4. L'organisation est-elle un membre actif de forums d'apprentissage et d'innovation ? Comment l'organisation contribue-t-elle à ces forums ?

Engagement n°8 Les communautés et les personnes touchées par une crise reçoivent l'aide dont elles ont besoin, d'un personnel et de bénévoles compétents et bien encadrés.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Le mandat et les valeurs de l'organisation sont-ils communiqués aux nouveaux membres du personnel ?
2. Les performances du personnel sont-elles gérées, les contre-performances traitées et les bonnes performances reconnues ?
3. Le personnel signe-t-il un code de conduite ou un document contraignant similaire ? Si c'est le cas, le personnel est-il formé pour bien comprendre le code de conduite et toute autre politique de cet ordre ?
4. L'organisation accepte-t-elle des plaintes concernant son personnel ou celui de ses partenaires ? De quelle manière sont-elles gérées ?
5. Le personnel est-il au courant des soutiens existants pour le développement des compétences requises dans l'exercice de ses fonctions et si oui, les utilise-t-il ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Des procédures d'évaluation des besoins en ressources humaines adaptées à la taille et au volume des programmes sont-elles en place ?
2. Le planning de l'organisation tient-il compte des futurs besoins de dirigeants et du développement de nouveaux talents ?
3. Les politiques et les procédures relatives au personnel sont-elles conformes au droit du travail national et aux bonnes pratiques de gestion du personnel ?
4. Les politiques relatives à la sécurité et au bien-être du personnel couvrent-elles les besoins concrets et psychosociaux du personnel local qui a pu être affecté par la crise ?
5. Les compétences sociales permettant au personnel d'écouter les personnes affectées par la crise et de rendre compte de leurs avis sont-elles prises en compte lors du recrutement, de la formation et de l'évaluation du personnel ?
6. Le personnel dispose-t-il de descriptions des postes et des objectifs mises à jour, notamment sur les responsabilités spécifiques ?
7. Le système de compensation est-il juste, transparent et appliqué de manière cohérente ?
8. Le personnel bénéficie-t-il d'une orientation adéquate et d'informations régulières sur la gestion des performances, les politiques et procédures de développement du personnel ?
9. Demande-t-on au personnel (et aux entrepreneurs) de signer un code de conduite (incluant la prévention de l'exploitation et des abus sexuels) et ce code de conduite lui est-il présenté de manière appropriée ?

10. Le contrat passé avec les prestataires financiers et les acteurs commerciaux dispose-t-il d'un énoncé/clause/code de conduite clair pour lutter contre tout type d'exploitation, notamment sexuelle ?
11. L'organisation s'est-elle dotée de directives spécifiques aux lieux, concernant un mécanisme de gestion des plaintes interne ? Le personnel en a-t-il connaissance ?
12. Le personnel comprend-il et reconnaît-il la discrimination ? Agit-il contre elle dans ses propres programmes et activités ?

Engagement n°9 Les communautés et les personnes affectées par la crise sont en droit d'attendre des organisations qui les assistent qu'elles gèrent leurs ressources de manière efficace, efficiente et éthique.

Aide à la réflexion pour le contrôle des actions clés

1. Le personnel engage-t-il les dépenses en respect avec les procédures de l'organisation ?
2. Les dépenses font-elles l'objet d'un suivi régulier et de rapports partagés avec les responsables des programmes ?
3. L'achat de services et de marchandises se fait-il via un processus d'appel d'offres concurrentiel ?
4. Effectue-t-on un suivi de l'incidence potentielle sur l'environnement (eau, sols, air, biodiversité) et des actions sont-elles entreprises pour limiter cette incidence ?
5. Un processus sécurisé à l'intention des lanceurs d'alertes est-il en place ? Le personnel, les personnes affectées et d'autres parties prenantes en connaissent-ils l'existence ?
6. L'efficacité et l'incidence sociale font-elles l'objet d'un suivi ?

Aide à la réflexion pour le contrôle des responsabilités organisationnelles

1. Existe-t-il des stratégies et des procédures éthiques pour l'achat, l'utilisation et la gestion des ressources ?
2. Comportent-elles des dispositions :
 - définissant les critères d'acceptation et les paramètres d'allocation de fonds?
 - définissant les critères d'acceptation et les paramètres d'allocation de dons en nature ?
 - en faveur de l'atténuation et de la prévention des incidences sur l'environnement?
 - pour la prévention des fraudes, le traitement de cas suspectés ou avérés de corruption et de détournement des ressources ?
 - portant sur les conflits d'intérêts ?
 - pour l'audit, la vérification et les normes de production de rapports ?
 - pour la gestion et évaluation des risques liés aux actifs ?



Références et bibliographie complémentaire

Ressources complémentaires pour la Norme humanitaire fondamentale :

corehumanitarianstandard.org

CHS Alliance : www.chsalliance.org

Le COMPAS Qualité & Redevabilité : www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI) : www.odi.org

Redevabilité

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Critères minimaux d'analyse de marché en situation d'urgence (MISMA). Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. <http://www.cashlearning.org>

Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Lewis, T. *L'Essentiel de la Gestion Financière : Manuel pour les ONG.* Mango, 2015. <https://www.mango.org>

Les "Bons tuyaux" de MANGO en matière de gouvernance financière. Mango, 2013. <https://www.mango.org>

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice.* Resource Centre, Save the Children, 2013. <http://resourcecentre.savethechildren.se>

Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS). Projet LEGS, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Task force, 2009. www.pseataaskforce.org

Normes minimales pour l'éducation : Préparation, interventions, relèvement. Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE), 2010. <http://www.ineesite.org>

Normes Minimales pour le Relèvement Économique (MERS). Réseau SEEP, 2017. <https://seepnetwork.org>

Performance des travailleurs humanitaires

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. <http://chsalliance.org>

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance. <https://www.chsalliance.org>

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. <https://www.unocha.org>

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle*. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. <https://ngocoordination.org>

Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain. OMS, War Trauma Foundation, World Vision International. Genève, 2011. <http://apps.who.int>

Évaluations

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Le diagnostic participatif, Manuel de la participation à l'usage des acteurs humanitaires (Chapitre 7). ALNAP et Groupe URD, 2009. <https://www.urd.org>

Note d'Orientation sur l'évaluation multisectionnelle initiale rapide (révisé en Juillet 2015). CPI, 2015. <https://www.humanitarianresponse.info>

Aide monétaire

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments*. CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies*. Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Enfants

Les normes de protection infantile et mise en œuvre. Keeping Children Safe, 2014. <https://www.keepingchildrensafe.org>

Coordination

Module de référence pour la coordination sectorielle au niveau national. Humanitarian Response, CPI, 2015. <https://www.humanitarianresponse.info>

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters*. ALNAP, 2015. <https://reliefweb.int>

Conception et intervention

Cycle de programme humanitaire de l'IASC. Humanitarian Response. <https://www.humanitarianresponse.info>

Personnes handicapées

Convention relative aux droits des personnes handicapées. Nations Unies. <http://www.un.org>

Washington Group on disability Statistics and sets of disability questions. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com/



Violences sexistes

Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. GBV Guidelines, CPI, 2015. <http://gbvguidelines.org>

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. <https://www.un.org>

Questions relatives au genre

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies.* ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Le guide des genres pour les actions humanitaires. CPI, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

Intervention humanitaire axée sur l'être humain

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts.* ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Manuel de la participation à l'usage des acteurs humanitaires. Groupe URD, ALNAP, 2009. <https://www.urd.org>

Qu'est-ce que l'EVC ? Introduction à l'évaluation de la vulnérabilité et des capacités. FICR, 2006, Genève. www.ifrc.org

Performance, suivi et évaluation

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Évaluation d'impact Participative : Guide à Destination des Praticiens.* Tufts University, Mars 2014, Feinstein International Center, Somerville. <http://fic.tufts.edu>

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs.* CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Guide pour le suivi et l'évaluation de projets/programmes. FICR, Janvier 2011. <http://www.ifrc.org>

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners.* ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Sphère pour le suivi et l'évaluation. Projet Sphère, Mars 2015. <http://www.sphereproject.org>

Protection

Slim, H. Bonwick, A. *La protection : Un guide ALNAP pour les organisations humanitaires.* ALNAP, 2005. <https://www.alnap.org>

Relèvement

Normes Minimales pour le Relèvement Économique. Réseau SEEP, 2017. <https://seepnetwork.org>

Résilience

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Vers la résilience. Un guide pour la réduction des risques de catastrophes et l'adaptation au changement climatique*. Catholic Relief Services, 2013. <https://www.crs.org>

Manuel Résilience 2.0 pour les acteurs de l'aide et les décideurs dans les domaines de la réduction des risque de catastrophe, de l'adaptation au changement climatique et de la réduction de la pauvreté. Reaching Resilience, 2013. <http://www.reachingresilience.org>

Environnement

Lignes directrices pour les urgences environnementales, 2^{ème} édition. Environment Emergencies Centre, 2017. <http://www.eecentre.org>

Kit de formation : Intégrer l'environnement dans l'action humanitaire et le relèvement précoce. UNEP, Groupe URD. <https://postconflict.unep.ch>

Environnement et action humanitaire : Améliorer l'efficacité, la durabilité et la redevabilité. UNOCHA/UNEP, 2014. <https://www.urd.org>

Bibliographie complémentaire

Pour des suggestions de lectures complémentaires, vous référer à : www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Bibliographie complémentaire

Redevabilité

Value for Money: What it Means for UK NGOs (Background paper). Bond, 2012. www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. *Manuel de bonnes pratiques : Prévenir la corruption dans le cadre des opérations humanitaires*. Transparency International, 2010. https://www.transparency.org/whatwedo/publication/manuel_de_bonnes_pratiques_prevenir_la_corruption_dans_le_cadre_des_operati

Performance des travailleurs humanitaires

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: A Toolkit*. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

PSEA Implementation Quick Reference Handbook. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report. CHS Alliance, 2016. <https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf>

Debriefing: Building Staff Capacity. CHS Alliance, People In Aid, 2011. <http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf>

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance*. Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

Conception et intervention

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0). IASC, 2015.

<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian>

Camp Management Toolkit. Norwegian Refugee Council, 2015. <http://cmtoolkit.org/>

Environnement

Environment and Humanitarian Action (factsheet). OCHA and UNEP, 2014. www.nochoa.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf



Intervention humanitaire axée sur l'être humain

Infosaid Diagnostic Tools. CDAC Network, 2012. www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q

Infosaid E-learning course. CDAC Network, 2015. www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

Boîte à outils de communication : Guide pratique pour aider les gestionnaires de programmes à améliorer la communication avec les participants et les membres de la communauté. Catholic Relief Services, 2013. <https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/boite-a-outils-de-communication.pdf>

Guide de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur l'engagement communautaire et la redevabilité (CEA) : Améliorer la communication, la mobilisation et la redevabilité dans toutes nos activités. FICR, 2016. <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2018/01/IFRC-CEA-GUIDE-FR-1101.pdf>

Comment utiliser les médias sociaux pour communiquer avec les personnes touchées par une situation de crise. FCR, 2017. <https://www.icrc.org/fr/document/comment-utiliser-les-medias-sociaux-pour-communiquer-avec-les-personnes-touchees-par-une>

Performance, suivi et évaluation

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Évaluation de l'Action Humanitaire : Guide pilote*. ALNAP, 2013. <https://www.alnap.org/help-library/evaluation-de-laction-humanitaire-guide-pilote>

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments*. ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956



Approvisionnement
en eau,
assainissement et
promotion de
l'hygiène (WASH)



Charte
humanitaire



Principes de
protection



Norme
humanitaire
fondamentale



Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (WASH)

| Promotion de l'hygiène | Approvisionnement en eau | Gestion des excréments | Lutte antivectorielle | Gestion des déchets solides | WASH dans les épidémies et structures de soins |
|--|--|--|--|---|--|
| Standard 1.1 Promotion de l'hygiène | Standard 2.1 Accès à l'eau et quantité | Standard 3.1 Un environnement sans excréments humains | Standard 4.1 Lutte antivectorielle au niveau de la zone d'hébergement | Standard 5.1 Un environnement sans déchets solides | Standard 6 WASH dans les structures de soins |
| Standard 1.2 Repérage, obtention et utilisation des articles d'hygiène | Standard 2.2 Qualité de l'eau | Standard 3.2 Accès et utilisation des toilettes | Standard 4.2 Actions individuelles et au niveau du foyer pour lutter contre les vecteurs | Standard 5.2 Actions individuelles et au niveau du foyer pour une gestion saine des déchets solides | |
| Standard 1.3 Gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence | | Standard 3.3 Gestion et maintenance de la collecte, du transport, de l'élimination et du traitement des excréments | | Standard 5.3 Systèmes de gestion des déchets solides au niveau communautaire | |

ANNEXE 1 Check-list pour l'évaluation initiale des besoins en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de promotion de l'hygiène

ANNEXE 2 Le diagramme F – Schéma des voies de transmission oro-fécale des maladies diarrhéiques

ANNEXE 3 Quantités minimums d'eau : quantités permettant la survie et quantification des besoins en eau

ANNEXE 4 Nombre minimum de toilettes : communauté, lieux publics et institutions

ANNEXE 5 Maladies liées à l'eau et à l'assainissement

ANNEXE 6 Arborescence de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Principaux concepts en matière d’approvisionnement en eau, d’assainissement et de promotion de l’hygiène (WASH) | 106 |
| Standards WASH: | |
| 1. Promotion de l’hygiène..... | 111 |
| 2. Approvisionnement en eau | 122 |
| 3. Gestion des excréments | 131 |
| 4. Lutte antivectorielle..... | 140 |
| 5. Gestion des déchets solides..... | 147 |
| 6. WASH dans les épidémies et structures de soins..... | 152 |
| Annexe 1: Check-list pour l’évaluation initiale des besoins en matière d’approvisionnement en eau, d’assainissement et de promotion de l’hygiène..... | 161 |
| Annexe 2: Le diagramme F – Schéma des voies de transmission oro-fécale des maladies diarrhéiques | 167 |
| Annexe 3: Quantités minimums d’eau : quantités permettant la survie et quantification des besoins en eau..... | 168 |
| Annexe 4: Nombre minimum de toilettes : communauté, lieux publics et institutions..... | 169 |
| Annexe 5: Maladies liées à l’eau et à l’assainissement..... | 170 |
| Annexe 6: Arborescence de décision pour le traitement et le stockage de l’eau à usage domestique..... | 173 |
| Références et bibliographie complémentaire..... | 174 |



Principaux concepts en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de promotion de l'hygiène (WASH)

Toute personne a droit à l'eau et à l'assainissement

Les standards minimums de Sphère à appliquer en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de promotion de l'hygiène (WASH) constituent une expression pratique du droit à l'accès à l'eau et à l'assainissement dans les situations humanitaires. Les standards se fondent sur les convictions, les principes, les devoirs et les droits tels qu'ils sont formulés dans la Charte humanitaire. Ils comprennent le droit de vivre dans la dignité, le droit à la protection et à la sécurité, ainsi que le droit de bénéficier d'une aide humanitaire en fonction des besoins.

Pour une liste des principaux documents juridiques et politiques sur lesquels repose la Charte humanitaire, accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires, ⊕ cf. *Annexe 1 : Le fondement juridique de Sphère*.

Les personnes touchées par des crises sont plus prédisposées aux maladies et au risque de mourir de maladie, notamment de maladie infectieuse et diarrhéique. Ce type de maladies est en grande partie lié à un approvisionnement en eau et à un assainissement inadéquats, ainsi qu'à de mauvaises pratiques d'hygiène. Les programmes WASH visent à réduire les risques de santé publique.

Les principales voies empruntées par les agents pathogènes sont les matières fécales, les fluides, les doigts, les mouches et les aliments. Le principal objectif des programmes WASH dans les interventions humanitaires est donc de réduire les risques de santé publique en bloquant ces voies d'infection ⊕ cf. *Annexe 2 : Le diagramme F*. Les principales activités sont :

- promotion des bonnes pratiques d'hygiène ;
- approvisionnement en eau salubre et potable ;
- fourniture d'équipements d'assainissement appropriés ;
- réduction des risques sanitaires liés à l'environnement ;
- garantie de conditions permettant aux personnes de vivre dignement, en bonne santé, dans le confort et la sécurité.

Dans les programmes WASH, il est important de :

- gérer toute la chaîne d'approvisionnement en eau : sources, traitement, distribution, collecte, stockage dans le foyer et consommation ;
- gérer toute la filière d'assainissement de façon intégrée ;

- susciter des comportements sains et positifs et garantir un accès aux produits d'hygiène.

La participation de la communauté est fondamentale

Dans un programme WASH, la participation de la communauté est un processus dynamique établissant un lien entre la communauté et les autres parties prenantes, et permettant aux personnes affectées par la crise d'avoir une meilleure maîtrise de l'intervention et de son incidence. Cela va bien au-delà d'un repérage des risques et d'une évaluation des besoins. Un engagement efficace met en lien les communautés et les équipes d'intervention afin de maximiser le rôle de la communauté dans la réduction des risques de santé publique, de fournir des services appropriés et accessibles, d'améliorer la qualité du programme et de mettre en œuvre des mécanismes de responsabilité. Il s'agit d'exploiter la capacité et la volonté de la communauté à gérer et à entretenir les systèmes WASH ⊕ cf. schéma ci-dessous.



Participation de la communauté au programme WASH (Figure 3)



Faire participer la communauté permet de comprendre les points de vue, les besoins, les mécanismes d'adaptation, les capacités, les normes existantes, les structures de gouvernance et les priorités, ainsi que les mesures appropriées à entreprendre. Le suivi et l'évaluation, y compris les mécanismes de retour d'information, montrent si les interventions WASH sont appropriées ou si elles doivent être ajustées. ⊕ cf. *Engagements n° 4 et 5 de la Norme humanitaire fondamentale.*

Un programme WASH doit faire l'objet d'attentions particulières en zones urbaines

La participation de la communauté peut être plus compliquée dans les zones urbaines, où la densité de la population est plus élevée et où les groupes à risque sont moins visibles. Toutefois, dans les zones urbaines, les lieux publics, les médias et les technologies peuvent permettre un dialogue plus large et plus efficace. Le type de propriété des biens (familiale dans les zones rurales, mélange public-privé dans les zones urbaines) influence le choix du type d'intervention et des méthodes de fourniture.

Une combinaison d'approches est nécessaire

Une aide fondée sur les marchés peut répondre efficacement aux besoins WASH, par exemple en garantissant l'accès aux produits d'hygiène. Une aide monétaire (argent liquide et/ou coupons) doit être complétée par d'autres actions WASH, notamment une assistance technique et une participation de la communauté. Pour la mise en œuvre, les options vont de la construction d'infrastructures à la promotion de l'hygiène et à la mobilisation communautaire. Si des générateurs ou des toilettes temporaires peuvent être fournis immédiatement, la refonte des services de traitement d'eau est un projet de long-terme. Le contrôle qualité et l'assistance technique sont fondamentaux pour garantir la santé et la sécurité. L'assistance technique doit être opportune et appropriée. Elle doit être cohérente, accessible et réalisable pour assurer la pérennité du service.

Les interventions WASH doivent renforcer les objectifs de la communauté à long terme et avoir une incidence minimale sur l'environnement. Une gestion intégrée de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement doit répondre aux besoins humains et protéger l'écosystème. Cela peut influencer le choix de la technologie, le calendrier et les phases des activités, la participation de la communauté, la participation du secteur privé et du marché, ainsi que les possibilités de financement.

Ces standards minimums ne doivent pas être appliqués de façon isolée

Le droit à un approvisionnement en eau et à un assainissement adéquats est lié aux droits à un logement, à une alimentation et à la santé. Les progrès accomplis dans la réalisation des standards minimums dans un domaine, influencent les progrès enregistrés dans d'autres domaines. Une collaboration et coordination étroites avec les autres secteurs, ainsi qu'une coordination avec les autorités locales et d'autres agences intervenant contribuent à garantir la satisfaction des besoins, à éviter que les efforts déployés ne fassent double emploi, et à ce que

la qualité des interventions WASH soit optimisée. Lorsque les standards nutritionnels ne sont pas atteints par exemple, il est alors plus urgent de mettre en œuvre les standards liés à l’approvisionnement en eau et à l’assainissement car la vulnérabilité des personnes aux maladies est plus élevée. Il en va de même pour les populations au sein desquelles la prévalence du VIH est élevée. Les renvois que l’on trouve dans tout le manuel suggèrent certains liens potentiels.

Lorsque les standards nationaux sont inférieurs aux standards minimums de Sphère, les organisations humanitaires doivent travailler avec le gouvernement pour les relever progressivement.

Le droit international protège expressément le droit à un approvisionnement en eau et à l’assainissement

Ce droit implique l’accès à une eau en quantité suffisante, salubre et financièrement abordable pour l’usage personnel et domestique, ainsi que des installations d’assainissement privées, propres et sûres. Les États sont tenus de garantir ce droit en cas de crise ⊕ cf. *Annexe 1 : Fondement juridique de Sphère*.

Une eau saine et des équipements d’assainissement appropriés sont essentiels pour :

- maintenir la vie, la santé et la dignité ;
- éviter la mort par déshydratation ;
- réduire le risque de maladies liées à l’eau, à l’assainissement et à l’hygiène; et
- répondre de façon adéquate aux besoins liés à la consommation, la cuisine, l’hygiène personnelle et domestique.

Le droit à l’eau et à l’assainissement fait partie des droits universels essentiels à la survie et à la dignité des êtres humains; les États et les acteurs non étatiques ont la responsabilité de faire de ce droit une réalité. Pendant un conflit armé, par exemple, il est interdit d’attaquer, de détruire, d’enlever ou de mettre hors d’usage les installations d’eau potable ou les systèmes d’irrigation.

Liens avec les Principes de protection et la Norme humanitaire fondamentale

L’utilisation de l’eau influence la protection. Un conflit armé et les inégalités ont des conséquences sur la sécurité de l’approvisionnement en eau des individus et des groupes. Des demandes nombreuses d’approvisionnement en eau pour la consommation, l’usage domestique ou les moyens d’existence peuvent causer des problèmes de protection si les actions à court et à long terme ne sont pas correctement conçues. Dans les interventions WASH, la protection est souvent considérée du point de vue de la protection et de la sécurité personnelles, avec une vulnérabilité particulière pendant la collecte d’eau, la défécation ou les pratiques d’hygiène menstruelle. Certes, ces éléments de la protection personnelle sont essentiels mais les problèmes de protection plus larges sont désormais fondamentaux. De simples mesures mises en œuvre dès le début, comme des verrous sur les portes des toilettes, un éclairage adapté et une séparation des installations, peuvent réduire le risque d’abus ou de violence.



Un programme adapté et solidaire est essentiel pour éviter toute discrimination, réduire les risques potentiels et améliorer l'utilisation ou la qualité des services. Garantir, par exemple, que les personnes handicapées puissent accéder aux équipements d'hygiène et que femmes et enfants disposent de récipients de bonne taille pour transporter l'eau. Le fait d'impliquer les individus et les communautés à tous les stades de l'intervention peut contribuer à intégrer davantage les questions de protection dans les programmes WASH. Le personnel humanitaire doit être formé à la protection de l'enfance et savoir comment utiliser les systèmes d'orientation vers d'autres services en cas de soupçons de violences, d'abus ou d'exploitation visant des enfants.

La coopération et la coordination civile et militaire doivent être examinées attentivement par les organisations humanitaires, surtout en cas de conflits. Les perceptions de neutralité et d'impartialité peuvent influencer l'acceptation de la communauté. Les organisations humanitaires peuvent se retrouver obligées d'accepter une aide militaire dans certaines situations, par exemple pour le transport et la distribution. Toutefois l'impact sur les principes humanitaires doit être examiné attentivement, et des efforts doivent être faits pour limiter les risques en matière de protection ⊕ cf. *Charte humanitaire*, et *Environnements avec présence de forces militaires nationales ou internationales dans Qu'est-ce que Sphère ?*

Lors de l'application des standards minimums les neuf engagements de la Norme humanitaire fondamentale (CHS) doivent être respectés car ils sont à la base d'un programme redevable de WASH.

1. Promotion de l'hygiène

Les maladies liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène sont responsables d'un grand nombre de maladies et de décès évitables durant une crise. Une promotion de l'hygiène favorisant les comportements adaptés, la participation de la communauté et les actions visant à réduire les risques de maladies est vitale pour la réussite d'une intervention WASH.

Une approche standardisée, centrée principalement sur des messages pédagogiques et la distribution de produits d'hygiène, a peu de chances d'être efficace. Les risques, et la façon dont ils sont perçus varient selon les situations. Les personnes ont des expériences de vie, des stratégies d'adaptation, des normes culturelles et comportementales très différentes. Il est essentiel d'adapter les approches à partir d'une analyse du contexte ainsi que de l'expérience, des stratégies d'adaptation et des normes des personnes affectées. Une promotion efficace de l'hygiène repose sur :

- une collaboration avec la communauté pour susciter sa mobilisation et l'inciter à participer aux décisions ;
- une communication à double sens et des retours d'information sur les risques, les priorités et les services ; et
- la possibilité d'accéder aux installations, services et supports d'information WASH et de les utiliser.

La promotion de l'hygiène doit reposer sur les connaissances qu'ont les personnes des risques et de la prévention des maladies pour induire un comportement positif et sain.

Effectuer un suivi des activités et des résultats pour veiller à ce que la promotion de l'hygiène et les programmes WASH évoluent. Se coordonner avec les acteurs de la santé afin de surveiller l'incidence des maladies liées aux composantes WASH, comme les maladies diarrhéiques, le choléra, la typhoïde, le trachome, les vers intestinaux et la schistosomiase ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standards 2.1.1 à 2.1.4 sur les maladies transmissibles et Standard 1.5 sur les systèmes de santé.*



Standard 1.1 sur l'hygiène : Promotion de l'hygiène

Les personnes connaissent les principaux risques de santé publique liés à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, elles peuvent prendre des mesures au niveau individuel, du foyer et de la communauté afin de réduire ces risques.

Actions clés

- 1 Repérer les principaux risques de santé publique et les pratiques d'hygiène actuelles favorisant ces risques.

- Définir un profil de la communauté afin de déterminer quels individus et groupes sont vulnérables, au regard de quelles composantes WASH, et pourquoi.
 - Repérer les facteurs pouvant motiver des comportements positifs et des actions de prévention.
- 2 Collaborer avec la population touchée pour concevoir et organiser une promotion de l'hygiène et une intervention WASH au sens large.
- Élaborer une stratégie de communication recourant à la fois aux médias de masse et au dialogue avec la communauté afin de partager des informations pratiques.
 - Identifier et former des personnes influentes, des groupes de communautés et des travailleurs de proximité influents.
- 3 S'appuyer sur les retours d'information de la communauté et les données de surveillance sanitaire pour adapter et améliorer la promotion de l'hygiène.
- Effectuer un suivi de l'accès aux installations WASH et de leur utilisation, et de la façon dont les activités de promotion de l'hygiène influencent les comportements et les pratiques.
 - Adapter les activités et repérer les besoins non satisfaits.

Indicateurs clés

Pourcentage de foyers affectés capables de décrire correctement trois mesures permettant de prévenir les maladies liées aux composantes WASH

Pourcentage de la population cible capable de citer correctement deux moments où le lavage des mains est crucial

Pourcentage de la population cible ayant été vue utiliser les postes de lavage des mains à la sortie des toilettes communautaires

Pourcentage de foyers affectés dans lesquels du savon et de l'eau sont disponibles pour le lavage des mains

Pourcentage de la population affectée collectant de l'eau à partir de sources d'eau traitée

Pourcentage de foyers stockant l'eau potable dans des conteneurs propres et couverts

Pourcentage d'aidants indiquant qu'ils se débarrassent des excréments des enfants de façon sûre

Pourcentage de foyers utilisant des produits pour personnes incontinentes (couches, pistolets urinoirs, bassins, chaises percées) et indiquant qu'ils se débarrassent des excréments d'adultes incontinents de façon sûre

Pourcentage de foyers affectés éliminant leurs déchets solides de façon appropriée

Pourcentage de personnes ayant donné leur avis et déclaré que leurs commentaires avaient permis d'adapter et d'améliorer les installations et services WASH

L'environnement local ne contient aucune matière fécale humaine et animale

Notes d'orientation

Comprendre et gérer les risques liés aux composantes WASH : Il peut être compliqué de cibler les risques prioritaires et de les réduire dans la première phase d'une crise. Se concentrer sur l'utilisation d'eau salubre, la gestion des excréments et le lavage des mains car ces actions sont les plus susceptibles de prévenir la propagation de maladies. L'évaluation des risques de santé publique liés aux composantes WASH et des mesures de réduction correspondantes nécessite une bonne compréhension de :

- l'utilisation actuelle des installations et services WASH ;
- l'accès aux produits d'hygiène domestique de base ⊕ cf. *Standards 1.2 et 1.3 de WASH sur l'hygiène* ;
- les stratégies d'adaptation actuelles, les coutumes et les croyances locales ;
- les structures sociales et les dynamiques de pouvoir au sein de la communauté ;
- les endroits où vont les personnes pour se soigner (guérisseurs traditionnels, pharmacies, cliniques) ;
- les personnes responsables de l'exploitation et de l'entretien des infrastructures WASH ;
- les données de surveillance des maladies liées aux composantes WASH ;
- les obstacles sociaux, physiques et de communication barrant l'accès aux installations et services WASH pour notamment, les femmes et les filles, les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- les variations du niveau de revenus ; et
- les conditions ambiantes et les variations saisonnières des maladies.

Pour maintenir la motivation, il faut prévoir un changement de comportement et de pratiques simples. Les installations doivent être pratiques et accessibles à tous les utilisateurs, sûres, decentes, propres et adaptées aux particularités culturelles. Inclure tant les hommes que les femmes dans les activités de promotion de l'hygiène car un discours favorable à l'hygiène prononcé par un homme peut avoir une influence décisive sur les comportements dans la famille.

Mobilisation communautaire : Collaborer avec les structures existantes en veillant à ce que les possibilités d'emploi bénévole ou rémunéré soient disponibles de façon équitable pour les femmes et les hommes. Les chefs ou les guides spirituels respectés au sein de la communauté, les travailleurs de proximité et les acteurs



locaux de confiance, de même que les groupes de femmes ou de jeunes, peuvent faciliter la mobilisation et les actions de prévention.

La norme habituelle est d'allouer deux travailleurs de proximité pour 1 000 personnes. Les travailleurs de proximité et les volontaires doivent avoir de bonnes compétences en communication, être capables d'établir des relations respectueuses avec les communautés locales, et avoir une compréhension approfondie des besoins et des problèmes locaux. Si cela s'avère nécessaire, le fait d'accorder des avantages aux travailleurs de proximité doit être décidé dans le cadre d'une instance locale de coordination afin de promouvoir l'équité et d'éviter toute perturbation.

Les agents de santé communautaires peuvent avoir des rôles similaires à ceux des travailleurs de proximité WASH, mais des responsabilités différentes ⊕ cf. *Standard 1.2 sur les systèmes de santé : Personnel de santé.*

Travailler avec les enfants : Les enfants peuvent promouvoir des comportements sains auprès d'autres enfants et de leur famille. Le service chargé de l'instruction ou les services sociaux peuvent repérer les occasions de promouvoir l'hygiène dans les écoles, les foyers d'accueil, les familles où l'enfant est le chef de famille, et auprès des enfants des rues. Impliquer les enfants dans l'élaboration des messages ⊕ cf. *manuels INEE* et *CPMS*.

Canaux de communication et approches : Diffuser des informations dans des formats variés (écrit, graphique, audio) et dans différentes langues afin de les rendre accessibles au plus grand nombre possible. Adapter les messages pour les enfants et les personnes handicapées, et élaborer et tester les messages afin de s'assurer qu'ils sont compréhensibles malgré les différences d'âge, de sexe, de niveau d'instruction et de langue.

Le dialogue au niveau communautaire peut se révéler utile pour résoudre un problème ou planifier des actions. Les médias de masse peuvent renforcer la diffusion d'informations générales de par leur public plus large. Les deux sont utiles s'ils ciblent des publics spécifiques.

Concevoir des mécanismes de retours d'informations adaptés en partenariat avec les utilisateurs, et surveiller leur efficacité. Partager les retours d'information et les commentaires auprès de la communauté afin d'encourager les personnes à répondre à leur tour ⊕ cf. *Engagement n°5 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.

Le lavage des mains avec du savon est un moyen efficace de prévenir la transmission des maladies diarrhéiques. Les installations de lavage des mains doivent être régulièrement approvisionnées en eau et savon et vidangées de façon sûre. Choisir l'emplacement des installations de façon à ce que les mains puissent être lavées avant de toucher la nourriture (repas, préparation des repas ou alimentation d'un enfant) et après tout contact avec des excréments (après un passage aux toilettes ou après avoir nettoyé les fesses d'un enfant) ⊕ cf. *Standard 2.2 sur l'approvisionnement en eau : Qualité de l'eau.*

Promouvoir l'utilisation des toilettes : Un problème clé pour le personnel chargé de promouvoir l'hygiène est de donner à tout le monde la possibilité d'utiliser des installations d'évacuation des excréments et le matériel associé. Outre les aspects liés à la propreté et aux odeurs, les principales raisons pour lesquelles les personnes n'utilisent pas les toilettes sont la gêne, les tabous culturels, l'accessibilité physique et les problèmes liés à l'intimité et à la sécurité ⊕ cf. *Standard 3.2 sur la gestion des excréments : Accès aux toilettes et utilisation.*

La possibilité de collecter, transporter et stocker de l'eau potable en toute sécurité est fondamentale dans la réduction des risques de contamination. Les foyers ont besoin de conteneurs séparés pour la collecte et le stockage de l'eau potable ⊕ cf. *Standard 1.2 sur l'hygiène et les Standards 2.1 et 2.2 sur l'approvisionnement en eau.*

Personnes en cours de déplacement : Chercher des occasions d'entrer en contact avec les personnes en cours de déplacement, soit en voyageant temporairement avec elles, soit en les rencontrant sur leurs lieux de repos. Utiliser des canaux de communication comme la radio, les SMS, les groupes sur les réseaux sociaux et les lignes gratuites d'assistance téléphonique pour fournir des informations sur l'hygiène, et demander des retours et des commentaires. Concevoir le kit d'« articles ménagers » dans cette optique en fournissant des téléphones portables ou des chargeurs solaires, ce qui leur permettra également de communiquer avec leurs familles, d'accéder à des informations et de fournir des commentaires.

Standard 1.2 sur l'hygiène : Repérage, obtention et utilisation des articles d'hygiène

Des articles adéquats pour l'hygiène, la santé, la dignité et le bien-être sont disponibles et utilisés par les personnes affectées.



Actions clés

- 1 Identifier les articles d'hygiène de base dont les individus, les familles et les communautés ont besoin.
 - Tenir compte des besoins différents des hommes et des femmes, des personnes âgées, des enfants et des personnes handicapées.
 - Identifier et fournir des articles communs supplémentaires permettant de préserver l'hygiène dans l'environnement, comme des poubelles pour les déchets solides et du matériel de nettoyage.
- 2 Fournir les articles de base au bon moment.
 - Évaluer la disponibilité des articles sur les marchés au niveau local, régional ou international.

- 3 Collaborer avec les populations affectées, les autorités locales et d'autres acteurs pour organiser la façon dont les personnes récupéreront ou achèteront leurs articles d'hygiène.
- Fournir des informations sur les horaires, le lieu, la liste des produits et les bénéficiaires prévus pour l'aide monétaire et/ou des distributions d'articles d'hygiène.
 - Se coordonner avec les autres secteurs pour fournir une aide monétaire et/ou des articles d'hygiène, et décider des mécanismes de distribution.
- 4 Aller à la rencontre des personnes touchées pour avoir leur avis et commentaires sur la pertinence des articles d'hygiène fournis, et sur leur satisfaction vis-à-vis du mécanisme permettant de les obtenir.

Indicateurs clés

Tous les foyers affectés ont accès à une quantité minimum d'articles d'hygiène de base

- deux conteneurs à eau par foyer (10-20 litres ; un pour la collecte, un pour le stockage) ;
- 250 g de savon de toilette par personne et par mois
- 200 g de savon de lessive par personne et par mois
- savon et eau au poste de lavage des mains (un poste par toilette partagée ou un par foyer)
- pot, pelle ou couches pour éliminer les selles des enfants

Pourcentage de personnes touchées indiquant/ayant été vues utiliser des articles d'hygiène régulièrement après la distribution

Pourcentage des revenus du foyer consacré à l'achat d'articles d'hygiène répondant à des besoins prioritaires précis

Notes d'orientation

Déterminer les articles élémentaires : Adapter les articles d'hygiène et les kits d'hygiène selon la culture et le contexte. Dans la phase initiale, donner la priorité aux articles élémentaires (comme le savon, les conteneurs à eau, ainsi que les produits pour les menstruations et l'incontinence) plutôt qu'aux articles « souhaitables » (brosse à cheveux, shampoing, dentifrice, brosse à dents). Certains groupes auront des besoins spécifiques ⊕ cf. *Notes d'orientation - Groupes à risque* (ci-dessous).

Conteneurs à eau : Trouver des conteneurs à eau de 10-20 litres pour la collecte et le stockage de l'eau potable et domestique. La taille et le type de conteneur doivent être adaptés à l'âge et au poids que les personnes qui collectent l'eau habituellement peuvent porter. Les conteneurs doivent avoir un couvercle, être propres et couverts, et les conteneurs de stockage doivent avoir un col étroit ou

un robinet afin de garantir une collecte, un stockage et une consommation d'eau potable sans risque.

Si l'approvisionnement en eau est intermittent, fournir des conteneurs plus grands pour le stockage. Dans les zones urbaines ou dans les endroits où les approvisionnements sont centralisés, le stockage dans le foyer doit être suffisant pour assurer une consommation ordinaire (tenir compte des pics de consommation le cas échéant) entre les réapprovisionnements.

Groupes à risque : Certaines personnes auront des besoins différents ou besoin de plus grandes quantités d'articles d'hygiène personnelle en raison de leur âge, état de santé, handicap, problème de mobilité ou d'incontinence. Les personnes handicapées ou à mobilité réduite peuvent avoir besoin d'articles supplémentaires. Cela suppose de fournir plus de savon, des produits pour l'incontinence, des conteneurs à eau, des bassins, une chaise percée ou des alèses en plastique pour les matelas. Demander aux personnes ou à leurs aidants s'ils ont besoin d'aide pour aller chercher l'eau et éliminer leurs déchets d'une façon décente. Les consulter, ainsi que leurs familles ou proches aidants, sur l'aide la plus appropriée.

Programmation fondée sur le marché pour les articles d'hygiène : La fourniture d'articles d'hygiène doit favoriser les marchés locaux lorsque cela est possible (par exemple en fournissant de l'argent liquide ou des coupons, ou en améliorant les infrastructures de stockage). Les plans pour l'accès et la distribution des articles d'hygiène doivent s'appuyer sur une évaluation du marché et une analyse des revenus du foyer, notamment des rôles homme-femme dans les décisions relatives aux dépenses. Vérifier si le marché fournit ou non les produits dans la quantité et la qualité requises, et ajuster si nécessaire ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Distribution : Accorder la priorité à la sécurité de la population lors de l'organisation d'une distribution ⊕ cf. *Principe de protection 1.*

Mettre sur pied une équipe dédiée à la distribution. Informer à l'avance les gens du jour et de l'heure, de la liste des articles et de tout critère d'éligibilité. Lutter contre la discrimination et la stigmatisation et si nécessaire, distribuer directement dans les foyers ou en formant des lignes de distribution séparées. Identifier et lutter contre tout obstacle à l'accès aux points de distribution ou aux systèmes de distribution pour, notamment, les femmes et les filles, les personnes âgées et les personnes handicapées.

Réapprovisionnement en consommables : Organiser un approvisionnement fiable et régulier de consommables, comme le savon ou les produits pour les menstruations et l'incontinence.

Coordination de distributions communes : Organiser des consultations communes de la communauté afin de comprendre les besoins et les stratégies d'adaptation à travers les différents secteurs. Répondre à plusieurs besoins en même temps afin que cela soit plus pratique pour la population cible, et afin de faire gagner



du temps et de l'argent à tous les secteurs. S'assurer que les familles peuvent transporter tous leurs articles chez eux en toute sécurité après la distribution.

Personnes en cours de déplacement : Lorsque des personnes sont en cours de déplacement, vérifier que les articles d'hygiène sont transportables (comme du savon format voyage). Laisser les gens choisir les articles qu'ils veulent plutôt que d'organiser des kits standardisés. Mettre en place un système de collecte et d'élimination des matériaux d'emballage lorsque les personnes sont en déplacement.

Standard 1.3 sur l'hygiène : Gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence.

Les femmes et les filles en âge d'avoir leurs règles, ainsi que les hommes et les femmes souffrant d'incontinence, ont accès à des produits d'hygiène et à des installations WASH respectant leur dignité et leur bien-être.

Actions clés

- 1 Comprendre les pratiques, les normes sociales et les mythes entourant la gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence, et adapter les fournitures de produits et les installations liées à l'hygiène.
- 2 Consulter les femmes, les filles et les personnes souffrant d'incontinence lors de la conception, du choix de l'emplacement et de la gestion des installations (toilettes, sanitaires, lessive, poubelles et approvisionnement en eau).
- 3 Fournir un accès à des produits adaptés pour l'hygiène menstruelle et l'incontinence, du savon (pour la toilette, la lessive et le lavage des mains) et d'autres articles d'hygiène.
 - Pour les distributions, fournir ces articles dans des lieux discrets afin de garantir la dignité et de limiter la stigmatisation, et montrer comment utiliser les produits si leur usage n'est pas connu des bénéficiaires.

Indicateurs clés

Pourcentage de femmes et de filles en âge d'avoir leurs règles ayant accès à des produits adaptés pour la gestion de l'hygiène menstruelle

Pourcentage de bénéficiaires étant satisfaits des produits et des installations de gestion de l'hygiène menstruelle

Pourcentage de personnes souffrant d'incontinence utilisant des produits et des installations adaptés pour l'incontinence

Pourcentage de bénéficiaires étant satisfaits des produits et des installations de gestion de l'incontinence

Notes d'orientation

Prise en charge de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence pendant les crises : Une bonne gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence aide les personnes à vivre dans la dignité et leur permet de participer aux activités quotidiennes. Outre la fourniture d'articles d'hygiène, il est important de consulter les utilisateurs sur les mécanismes d'élimination, que ce soit à la maison ou dans les installations communes et les institutions, comme les écoles. Les toilettes doivent être adaptées, et un espace doit être prévu pour les équipements permettant la lessive et l'étendage du linge ⊕ cf. *Standards 3.1 et 3.2 sur la gestion des excréments.*

Tabous sur les règles : Les croyances, les normes et les tabous sur les règles influencent la réussite des interventions. Il n'est parfois pas possible d'analyser ces aspects pendant la phase initiale ou aiguë de la crise, mais cela doit être fait le plus tôt possible.

L'incontinence est un terme parfois peu usité dans certaines situations, même au sein de l'équipe médicale. L'incontinence est un problème social et de santé complexe désignant l'incapacité d'une personne à contrôler son flux d'urine ou de matières fécales. Cela peut conduire à une stigmatisation importante, un isolement social, du stress, et à l'impossibilité d'accéder à des services, à une instruction ou à un emploi. La prévalence peut sembler faible car de nombreuses personnes taisent ce problème mais en réalité, l'incontinence peut toucher des personnes très différentes. Sont concernées :

- les personnes âgées ;
- les personnes handicapées et à mobilité réduite ;
- les femmes qui viennent d'accoucher, y compris les filles, qui présentent un risque de fistule plus élevé ;
- les personnes souffrant de maladies chroniques (asthme, diabète, AVC ou cancer) ;
- les femmes et les filles ayant été victimes de violences sexistes ou ayant subi des mutilations génitales ;
- les personnes ayant eu une opération chirurgicale (comme une ablation de la prostate) ;
- les femmes en période de ménopause ; et
- les jeunes enfants et les enfants touchés psychologiquement par le conflit ou la catastrophe.

Une mauvaise gestion de l'hygiène liée à l'incontinence peut être une source importante de transmission de maladies dans les situations d'urgence. L'accès à de plus grandes quantités d'eau et de savon est vital. Les personnes souffrant d'incontinence et ses proches aidants ont respectivement chacun besoin de 5 fois plus de savon et d'eau que les autres. Les personnes incontinentes et immobiles ont besoin de consulter des médecins spécialistes ou des spécialistes du handicap



pour apprendre à prévenir et à gérer les infections et les escarres, qui sont susceptibles d'être mortels.

Fournitures et installations : Discuter des différentes possibilités avec les personnes affectées afin de connaître leurs préférences pour des produits jetables ou réutilisables ; mécanismes d'élimination dans les maisons, les écoles, les centres médicaux et les installations communes ; équipements pour la lessive et l'étendage du linge ; toilettes et sanitaires.

Tenir compte des préférences et des normes spécifiques à l'âge, car le type et la quantité de produits fournis peuvent évoluer dans le temps. Organiser des démonstrations pour les produits inconnus.

Les types de couches nécessaires sont différentes selon le type d'incontinence : urinaire et fécale, et selon le degré de gravité. Une bonne taille est importante pour garantir un usage sûr. Fournir à la fois des couches pour l'incontinence urinaire et fécale dans toute une série de tailles et de types différents.

Examiner la proximité des toilettes pour les personnes souffrant d'incontinence. Certaines personnes peuvent réussir à réfréner leurs épisodes d'incontinence si elles peuvent accéder rapidement aux toilettes. Il peut être nécessaire de fournir une chaise percée, un bassin et/ou un pistolet urinoir.

Fournitures minimums pour la gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence :

- un conteneur réservé à cet effet avec couvercle pour les vêtements tâchés et le stockage des couches/serviettes hygiéniques ; et
- des cordes et des pinces à linge pour l'étendage.

Pour l'hygiène menstruelle :

- soit des matériaux en coton absorbant (4 m² par an), des serviettes hygiéniques jetables (15 par mois) ou réutilisables (six par an), selon ce que les femmes et les filles préfèrent ;
- des sous-vêtements (six par an) ;
- du savon en plus (250 grammes par mois) ⊕ cf. *Standard 1.2 sur l'hygiène : identification, accès et utilisation des articles d'hygiène.*

Pour l'incontinence, les fournitures dépendront de la gravité et du type d'incontinence, ainsi que des préférences des personnes. Le minimum suggéré est :

- soit des matériaux en coton doux absorbant (8 m² par an), des serviettes hygiéniques jetables (150 par mois) ou des sous-vêtements spécial incontinence réutilisables (12 par an) ;
- des sous-vêtements (12 par an) ;
- du savon en plus (500 grammes pour la toilette, et 500 grammes pour la lessive par mois) ;
- deux alèses de matelas imperméables et lavables ;
- des conteneurs d'eau supplémentaires ;

- du produit de nettoyage désinfectant de type eau de javel (3 litres de produit non-dilué par an) ;
- des bassins et des pistolets urinoirs (pour homme et femme), une chaise percée (si nécessaire).

Réapprovisionnement des fournitures : Prévoir comment et quand réapprovisionner en matériel. Une aide monétaire ou des distributions en nature peuvent être utilisées de différentes façons au fil du temps. Étudier les possibilités qu'ont les petites entreprises de fournir du matériel, ou les possibilités qu'ont les personnes de fabriquer leurs propres articles de protection ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Écoles, lieux sûrs et centres d'apprentissage : Le soutien aux programmes WASH dans les écoles et les lieux sûrs doit tenir compte de l'infrastructure WASH et de la formation offerte aux enseignants. Ces lieux doivent disposer d'un système d'élimination discret (un conteneur avec un couvercle, avec un système d'élimination et de collecte, ou un système d'acheminement des toilettes vers un incinérateur). Installer des équipements WASH bien entretenus et séparés pour les hommes et les femmes, avec des crochets et des étagères pour les articles d'hygiène menstruelle.

Encourager les enseignants à dispenser une éducation à la gestion de l'hygiène menstruelle comme partie intégrante des cursus standards. Former les enseignants à :

- promouvoir les pratiques d'hygiène menstruelle des filles ;
- conserver les produits d'hygiène menstruelle à l'école ;
- soutenir les élèves qui souffrent d'incontinence en raison des effets psychologiques de la crise ⊕ cf. *Manuel INEE.*

Abris : Collaborer avec le secteur Abris pour s'assurer qu'ils offrent suffisamment d'intimité pour la gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence dans le foyer ou l'abri collectif. Cela peut consister à installer des panneaux de séparation ou à mettre en place des espaces séparés pour se changer.

Personnes en cours de déplacement : Offrir des produits de gestion de l'incontinence et de l'hygiène menstruelle lorsque les gens passent aux points de distribution.



2. Approvisionnement en eau

De l'eau en quantité insuffisante et de mauvaise qualité est la cause sous-jacente de la plupart des problèmes de santé publique dans des situations de crise. Il se peut qu'il n'y ait pas suffisamment d'eau disponible pour subvenir aux besoins essentiels ; il est alors crucial de fournir une quantité suffisante d'eau potable salubre pour assurer la survie. La priorité est de fournir une quantité d'eau suffisante, même si elle est de qualité moyenne. Cela peut être nécessaire jusqu'à ce que les standards minimums en termes de qualité et de quantité d'eau soient satisfaits.

Les robinets, les puits et les canalisations se détériorent souvent en cas de conflit, de catastrophe naturelle ou d'absence d'entretien et de maintenance. Durant un conflit, priver les gens de l'accès à l'eau peut être utilisé comme une stratégie intentionnelle par les parties en conflit. Cela est strictement interdit par le droit humanitaire international.

Consulter les membres de la communauté et les parties concernées afin de comprendre comment ils utilisent et obtiennent de l'eau, s'il existe des restrictions en termes d'accès, et comment cela évolue au fil des saisons.

Standard 2.1 sur l'approvisionnement en eau : Accès à l'eau et quantité

Les personnes ont un accès équitable et abordable à de l'eau salubre et en quantité suffisante pour couvrir les besoins d'hydratation et les besoins domestiques.

Actions clés

- 1 Repérer les sources d'eau souterraines ou de surface les plus appropriées, en tenant compte de l'incidence éventuelle sur l'environnement.
 - Tenir compte des variations saisonnières dans l'approvisionnement et la demande en eau, et des mécanismes permettant d'obtenir de l'eau potable, de l'eau domestique et de l'eau pour les moyens d'existence.
 - Connaître les différentes sources d'eau, les fournisseurs et les exploitants, et les conditions d'accès à l'eau au sein des communautés et des foyers.
- 2 Déterminer la quantité d'eau requise et les systèmes nécessaires pour la fournir.
 - Collaborer avec les parties prenantes afin de choisir des emplacements de points d'eau permettant un accès équitable et sûr pour tous les membres de la communauté.

- Mettre en place des systèmes d'exploitation et de maintenance définissant des responsabilités claires et tenant compte des besoins futurs pour garantir un accès durable.
- 3
- Assurer un drainage approprié du point d'eau au niveau du foyer, des espaces communs de cuisine, de lessive et de toilette, et des installations de lavage des mains.
 - Rechercher des occasions de réutiliser l'eau, par exemple pour les potagers, la fabrication de briques ou l'irrigation.

Indicateurs clés

Volume moyen d'eau utilisé par un foyer pour la boisson et l'hygiène domestique

- Minimum de 15 litres par personne et par jour
- Déterminer la quantité en fonction du contexte et de la phase de l'intervention

Nombre maximum de personnes utilisant une installation d'approvisionnement en eau

- 250 personnes par robinet (sur la base d'un débit de 7,5 litres/minute)
- 500 personnes par pompe manuelle (sur la base d'un débit de 17 litres/minute)
- 400 personnes par puits manuel (sur la base d'un débit de 12,5 litres/minute)
- 100 personnes par zone de lessive
- 50 personnes par zone de toilette et de bain

Pourcentage du revenu du foyer consacré à l'achat d'eau pour la boisson et l'hygiène domestique

- Objectif : 5 % ou moins

Pourcentage de foyers ciblés sachant où et quand ils obtiendront de l'eau la prochaine fois

Distance entre n'importe quel foyer et le point d'eau le plus proche

- <500 mètres

Temps d'attente aux sources d'eau

- <30 minutes

Pourcentage des points de distribution d'eau communautaires libres d'eau stagnante

Pourcentage des systèmes/installations disposant d'un système de gestion fonctionnel et responsable en place



Notes d'orientation

Le choix des sources d'eau doit tenir compte des aspects suivants :

- disponibilité, sécurité, proximité et garantie à long terme d'une quantité suffisante d'eau ;
- nécessité et faisabilité d'un traitement de l'eau, que ce soit au niveau collectif ou du foyer ; et
- facteurs sociaux, politiques ou juridiques influençant la source (le contrôle des sources d'eau peut être controversé, surtout pendant un conflit).

Dans la première phase d'une crise, il est souvent nécessaire de combiner ces approches pour répondre aux besoins de survie. Les sources d'eaux de surface, bien qu'elles nécessitent un traitement plus important, sont souvent la solution la plus rapide. L'approvisionnement à partir de la nappe phréatique et/ou l'approvisionnement par gravité à partir de sources naturelles sont préférables. Ces méthodes requièrent en effet moins de traitement et n'exigent pas de pompage. Effectuer un suivi régulier de toutes les sources afin d'éviter une surexploitation ⊕ cf. *Standard 2 sur les abris et l'habitat : Lieu et planification des zones d'hébergement*.

Besoins : Les quantités d'eau nécessaires pour la boisson, l'hygiène et l'usage domestique dépendent du contexte et de la phase de l'intervention. Ces quantités varient selon différents facteurs, tels que les habitudes et usages avant la crise, le type de confinement des excréments et les habitudes culturelles ⊕ cf. *Standard 1.1 sur l'hygiène* et *Standard 3.2 sur la gestion des excréments*.

La pratique courante est un minimum de 15 litres par personne et par jour. Ceci n'étant en aucun cas un « maximum », il est possible que cela ne suffise pas dans certaines situations ou phases d'une intervention. Cela n'est par exemple pas adapté dans des endroits où des personnes risquent d'être déplacées pendant de nombreuses années. Dans la phase aiguë d'une sécheresse, fournir 7,5 litres par personne et par jour peut être plus approprié sur une courte durée. Dans une zone urbaine de classes moyennes, 50 litres par personne et par jour pourra être la quantité minimale acceptable pour préserver la santé et la dignité.

Les conséquences liées à la fourniture de quantités d'eau variables doivent être examinées et mises en lien avec les taux de morbidité et de mortalité des maladies liées aux composantes WASH. Se coordonner avec les autres secteurs WASH afin de convenir d'une quantité minimum commune en contexte. Pour tout conseil sur le calcul des quantités d'eau nécessaires aux êtres humains, au bétail, aux institutions et à d'autres utilisations, ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – standards 2.1.1 à 2.1.4 sur les maladies transmissibles* et *WASH Annexe 3*. Pour les besoins en eau du bétail dans les situations d'urgence, ⊕ cf. *manuel LEGS*.

Besoins minimums en eau pour assurer la survie

| Besoins | Quantité (litres/ personne/jour) | Adapter selon le contexte en fonction de |
|--|----------------------------------|---|
| Survie : consommation d'eau (boisson et alimentation) | 2,5–3 | Climat et physiologie individuelle |
| Pratiques d'hygiène | 2–6 | Normes culturelles et sociales |
| Cuisine de base | 3–6 | Type d'aliments et normes sociales et culturelles |
| Total des besoins de base en eau | 7,5–15 | |

Les besoins en eau varieront au sein d'une même population, notamment pour les personnes handicapées ou à mobilité réduite, ainsi que parmi les groupes dont les pratiques religieuses sont différentes.

Mesure : Ne pas simplement diviser la quantité d'eau fournie par le nombre de personnes servies. Pour collecter des données sur l'utilisation et la consommation d'eau, il est plus efficace de mener des enquêtes auprès des ménages, d'observer et d'animer des groupes de discussion communautaires que de mesurer le volume d'eau, qu'elle soit amenée par camion, pompée dans le réseau d'eau courante ou pompée à la main. Croiser les données des rapports sur le système d'approvisionnement en eau avec celles des rapports des foyers.

Accès et équité : Les points d'eau comprennent les espaces communs pour la toilette, la cuisine, la lessive, les toilettes, ainsi que des lieux institutionnels comme les écoles ou les établissements médicaux.

Les objectifs minimums en termes de quantité (voir indicateurs clés ci-dessus) supposent que le point d'eau fournit de l'eau de façon constante pendant environ 8 heures par jour. Utiliser ces objectifs avec prudence car ils ne garantissent pas une quantité minimum d'eau ni un accès équitable.

Les interventions en eau et assainissement doivent répondre aux besoins des populations déplacées et à ceux des populations d'accueil de façon équitable afin d'éviter toute tension et tout conflit.

Lors de la conception de l'intervention, tenir compte du fait que les besoins varient selon l'âge, le sexe, le niveau de handicap ou de réduction de mobilité. Disposer les points d'eau suffisamment près des foyers afin de limiter l'exposition à tout risque pour la sécurité.

Informez la population touchée du jour, de l'heure et de l'endroit où sera fournie l'eau, de leur droit à une distribution équitable et de la façon dont ils peuvent faire un retour et donner leur avis.

Temps de trajet aller-retour et temps passé à faire la queue : Si le temps de trajet aller-retour et le temps passé à faire la queue est excessif, cela signifie que le nombre de points d'eau est inadapté ou que le débit est insuffisant au niveau des sources d'eau. Cela peut conduire à une réduction de la consommation d'eau



individuelle et une augmentation de la consommation d'eau provenant de sources de surface non protégées, et laisser moins de temps pour d'autres tâches comme l'éducation ou les activités rémunératrices. Les longues files d'attente impliquent également un risque de violence près des robinets ⊕ cf. *Principe de protection 1 et Engagement n°1 de la Norme humanitaire fondamentale.*

Conteneurs en eau appropriés : ⊕ cf. *Standard 1.2 sur l'hygiène : Identification, accès et utilisation des articles d'hygiène.* Si un système de traitement de l'eau à domicile et de stockage sûr (TEDS) est mis en place, ajuster le nombre et la taille des conteneurs. Un processus de coagulation, floculation et désinfection, par exemple, nécessite deux seaux, un tissu filtrant et un agitateur.

Programme basé sur le marché pour l'approvisionnement en eau : Analyser comment les foyers obtenaient de l'eau et des conteneurs avant la crise, et comment ils l'obtiennent après la crise. Cette simple évaluation du marché doit permettre de prendre des décisions éclairées sur la façon de fournir un accès durable à l'eau à court et à long terme.

Déterminer comment utiliser, soutenir et développer le marché de l'eau, en intégrant une approche combinant une aide monétaire au niveau du foyer, des subventions et le développement de capacités techniques avec les marchands et les fournisseurs, ou tout autre moyen.

Suivre l'évolution mensuelle des prix du marché (eau, combustible) en lien avec les dépenses du ménage, et baser les modifications dans la conception du programme sur ces tendances ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Paiement : Les dépenses pour l'eau ne doivent pas représenter plus de 3 à 5 % des revenus du foyer. S'informer de la façon dont les foyers couvrent les frais plus élevés pendant la crise, et prendre des mesures pour contrebalancer les stratégies d'adaptation négatives ⊕ cf. *Principe de protection 1.* S'assurer que les systèmes de financement sont gérés de façon transparente.

Gestion des systèmes d'approvisionnement en eau et des infrastructures : Collaborer avec la communauté et les autres parties prenantes pour décider de l'emplacement, de la conception et de l'utilisation des points d'eau (planification à la fois pour le court terme et pour le long terme). Cela comprend les installations de toilette, de cuisine et de lessive, ainsi que les institutions comme les écoles, les marchés et les établissements médicaux. S'appuyer sur les retours d'information et les commentaires pour adapter et améliorer l'accès aux installations d'eau.

Tenir compte des structures de gouvernance actuelles et précédentes dans le domaine de l'eau, de la capacité et de la volonté des gens à payer pour des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ainsi que des mécanismes de recouvrement des frais. Envisager d'investir du capital dans des systèmes d'approvisionnement en eau garantissant des économies à long terme ou des économies d'échelle. Comparer les alternatives, comme une pompe solaire ou un système de canalisations d'eau avec approvisionnement en eau par camions, notamment dans des crises de longue durée dans des zones urbaines et des zones d'établissement communautaires.

Fournir aux gens les moyens d'exploiter et d'entretenir les systèmes d'approvisionnement en eau par le biais de comités WASH ou des partenariats avec le secteur public ou privé.

Utilisation d'eau en bouteille : L'eau traitée coûte moins cher, est plus appropriée et plus stable du point de vue technique que l'eau en bouteille, notamment en raison du transport, du coût, de la qualité, et de la production de déchets. Des exceptions sont possibles à court terme (par exemple personnes en déplacement). Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets plastiques.

Installations pour la lessive, le lavage et la toilette : S'il n'est pas possible de se laver dans le foyer, prévoir des installations séparées pour les hommes et pour les femmes afin de garantir la sécurité, l'intimité et la dignité.

Consulter les usagers, notamment les femmes, les adolescentes et les personnes handicapées, pour décider de l'emplacement, de la conception et de la sécurité des installations. Envisager de fournir de l'eau chaude pour la toilette et la lessive dans certaines situations spécifiques, par exemple pour lutter contre la gale et pendant les variations saisonnières.

Drainage depuis les points d'eau, zones de lessive, installations pour la toilette et postes de lavage des mains : Lors de la construction et de la remise en état de points de distribution et d'utilisation d'eau, s'assurer que les eaux usées ne posent pas de danger pour la santé ou ne deviennent pas une aire de reproduction pour les vecteurs de problèmes. Mettre en place un plan de drainage global en coordination avec les planificateurs du site, le secteur abris et/ou les autorités municipales.

Concevoir des systèmes et des infrastructures WASH conformes aux normes en matière de drainage. La pression nominale au niveau des robinets par exemple, la taille du point d'eau et/ou de l'aire de lessive, et la hauteur entre le robinet et le bas des conteneurs d'eau doivent être appropriées ⊕ cf. *Standard 2 sur les abris et l'habitat : Lieu et planification des zones d'hébergement.*



Standard 2.2 sur l'approvisionnement en eau : Qualité de l'eau

L'eau est agréable au goût et de qualité suffisante pour être bue et utilisée pour la cuisine, ainsi que pour l'hygiène personnelle et domestique, sans présenter de risques pour la santé.

Actions clés

- 1 Déterminer les risques de santé publique liés à l'eau disponible, et la meilleure façon de réduire ces risques.
 - Protéger les sources d'eau et refaire régulièrement des enquêtes sanitaires à la source et aux points d'eau.

- 2 Déterminer la méthode la plus appropriée pour garantir de l'eau potable salubre au point de consommation ou d'utilisation.
- Parmi les possibilités de traitement figurent : le traitement et la distribution d'eau au niveau collectif, avec une collecte et un stockage sûrs au niveau du foyer, ou un traitement et un stockage sûr de l'eau au niveau du foyer.
- 3 Prendre les mesures nécessaires pour réduire au minimum toute contamination de l'eau après la collecte au point de consommation ou d'utilisation.
- Fournir aux ménages des récipients sûrs pour collecter et stocker l'eau potable, ainsi que les moyens de faire des provisions d'eau pour la boisson.
 - Mesurer les critères de qualité de l'eau (chlore résiduel libre - CRL et bactéries coliformes - CFU) au point d'approvisionnement et au point de consommation ou d'utilisation.

Indicateurs clés

Pourcentage de personnes touchées collectant leur eau potable depuis des sources d'eau protégées

Pourcentage de familles ayant été vues stocker systématiquement l'eau en conditions sûres, dans des conteneurs propres et couverts

Pourcentage des tests de qualité de l'eau répondant aux normes de qualité minimales pour l'eau

- <10 CFU/100 ml au point d'approvisionnement (eau non chlorée)
- $\geq 0,2-0,5$ mg/l de chlore résiduel libre (CRL) au point d'approvisionnement (eau chlorée)
- Turbidité inférieure à 5 NTU

Notes d'orientation

Assurer une chaîne d'approvisionnement en eau sûre : Les maladies liées à l'eau posent des problèmes pour l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement en eau. Les barrières à la transmission oro-fécale comprennent : confinement des excréments, couverture de la nourriture, lavage des mains à des moments cruciaux, collecte et stockage de l'eau en conditions sûres ⊕ cf. *Standard 1.1 sur l'hygiène; Gestion des excréments et Standard 3.2 et Annexe 2 : Le diagramme F.*

Une évaluation des risques liés à la chaîne d'approvisionnement en eau, c'est-à-dire de la source d'eau jusqu'au récipient de stockage de l'eau potable, comprend :

1. enquête sanitaire au point d'eau ;
2. respect de la consigne d'utilisation de conteneurs séparés pour la collecte et le stockage de l'eau ;
3. respect de la consigne de conteneurs d'eau propres et couverts ; et
4. test de la qualité de l'eau.

Lorsque la probabilité est forte que l'eau soit insalubre, ces actions peuvent mettre en lumière les risques apparents sans avoir à mener des tests fastidieux de la qualité de l'eau dans les foyers.

Une enquête sanitaire évalue les conditions et les pratiques pouvant constituer un risque pour la santé publique aux points d'eau. Elle examine la structure du point d'eau, le drainage, la clôture, les pratiques de défécation et la gestion des déchets solides en tant que causes possibles de contamination. L'enquête examine aussi les conteneurs d'eau des ménages.

Qualité de l'eau : Lors de la mise en service d'une nouvelle source d'eau, tester les paramètres physiques, chimiques et bactériologiques de l'eau. Réaliser ces tests avant et après les variations saisonnières locales. Ne pas négliger l'analyse des paramètres chimiques (comme les niveaux de fluorure et d'arsenic) car cela peut produire des effets à long terme sur la santé.

Les bactéries coliformes fécales (dont plus de 99 % sont *E. coli*) sont un indicateur du niveau de contamination de l'eau par des déjections humaines ou animales, et de la présence possible de pathogènes dangereux. Si des coliformes fécaux sont présents, traiter l'eau. Même si aucune bactérie *E. coli* n'est trouvée, l'eau peut être recontaminée si aucun désinfectant à effet rémanent n'est utilisé.

Lorsque l'eau est chlorée (avant la distribution ou traitement au niveau du foyer), mener des analyses d'échantillons aléatoires dans les foyers pour mesurer le niveau de CRL et mettre en place un traitement si nécessaire. La fréquence de la fourniture d'eau, la température et la durée de stockage de l'eau influencent les niveaux de CRL dans le foyer (dissipation du chlore).

Promotion des sources protégées : Les personnes préféreront peut-être utiliser des sources non protégées, comme les rivières, les lacs et les puits non protégés, pour des raisons de goût, de proximité et de commodité sociale. Comprendre les raisons de ces préférences et élaborer des messages et des activités promouvant les sources d'eau protégées.

Goût de l'eau : Si l'eau potable salubre n'a pas un goût agréable (à cause de niveaux de salinité, de sulfure d'hydrogène ou de chlore auxquels les personnes ne sont pas habituées), il se peut que les utilisateurs boivent de l'eau provenant de sources à risque. S'appuyer sur la participation de la communauté et les activités de promotion de l'hygiène pour promouvoir les sources d'eau salubres.

Désinfection de l'eau : L'eau doit être traitée au moyen d'un désinfectant à effet rémanent comme le chlore s'il existe un risque sérieux de contamination de l'eau à la source ou après sa collecte au point d'arrivée. Ce risque varie selon la densité démographique, les dispositions prises pour l'évacuation des excréments, les pratiques en matière d'hygiène et la prévalence des maladies diarrhéiques. La turbidité doit être inférieure à 5 UTN. Si ce chiffre est plus élevé, former les utilisateurs à filtrer, laisser reposer et décanter pour en réduire la turbidité avant le traitement. Envisager à court terme de désinfecter avec une double dose de chlore



s'il n'y a pas d'autre alternative. Tenir compte du fait que la dissipation de chlore varie selon la durée du stockage et la plage de température, et donc intégrer ces données pour définir le dosage et le temps de contact ⊕ cf. *Annexe 6 : Arborescence de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique.*

Quantité ou qualité : S'il n'est pas possible de répondre aux standards minimums à la fois pour la qualité et la quantité d'eau, la priorité va à la quantité. Même une eau de qualité moyenne peut être utilisée pour prévenir la déshydratation, réduire le stress et éviter les maladies diarrhéiques.

Contamination post-arrivée : Une eau salubre au point d'arrivée peut être par la suite contaminée durant la collecte, le stockage et le prélèvement d'eau potable. Réduire autant que possible ces risques par des pratiques de collecte et de stockage sûres. Nettoyer régulièrement les réservoirs de stockage des foyers ou des zones d'habitat et former la communauté à le faire ⊕ cf. *Standards 1.1 et 1.2 sur l'hygiène.*

Système de traitement de l'eau à domicile et stockage sûr (TEDS) : Recourir à un système TEDS quand aucun système de traitement centralisé de l'eau n'est possible. Les méthodes TEDS réduisant les risques de diarrhée et améliorant la qualité microbiologique de l'eau stockée dans le ménage comprennent : ébullition, chloration, désinfection solaire, filtration sur céramique, filtration lente sur sable, floculation et désinfection. Collaborer avec les autres secteurs pour convenir des besoins en combustible du foyer et de la possibilité de faire bouillir de l'eau. Éviter de mettre en place une solution de traitement de l'eau peu habituelle dans les situations de crise et les épidémies. Pour qu'un système TEDS soit efficace, effectuer un suivi, une surveillance et un soutien réguliers : ce sont des conditions préalables à la mise en place d'un système TEDS comme alternative au traitement de l'eau. ⊕ cf. *Annexe 6 : Arbre de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique.*

Qualité de l'eau pour les institutions : Traiter toute eau fournie aux écoles, aux hôpitaux, aux centres de santé et aux centres d'alimentation à l'aide de chlore ou de tout autre désinfectant à effet rémanent. ⊕ cf. *Annexe 3 : Quantités minimums d'eau : quantités pour assurer la survie et quantification des besoins en eau.*

Contamination chimique et radiologique : Lorsque des rapports hydrogéologiques ou des informations sur des activités industrielles ou militaires permettent de penser que l'eau fournie peut comporter des risques chimiques ou radiologiques pour la santé publique, procéder à une analyse chimique. La décision d'utiliser de l'eau potentiellement contaminée pour l'approvisionnement à long terme ne pourra être prise que sur la base d'une analyse plus approfondie des conséquences possibles pour la santé, et d'une validation par les autorités locales.

3. Gestion des excréments

Un environnement sans excréments humains est essentiel à la dignité, la sécurité, la santé et au bien-être des personnes. Cela concerne l'environnement naturel mais aussi les espaces de vie, d'apprentissage et de travail. Une gestion sûre des excréments est une priorité dans le cadre d'un programme WASH. Dans les situations de crise, c'est une mission aussi importante qu'un approvisionnement sûr en eau.

Toute personne doit avoir accès à des toilettes appropriées, sûres, propres et fiables. La possibilité de déféquer dans des conditions décentes est une question de dignité personnelle cruciale. Le caractère approprié est défini par les pratiques culturelles, les coutumes et habitudes quotidiennes des personnes, les perceptions, et l'utilisation ou non de sanitaires auparavant. Des défécations humaines incontrôlées portent en elles des risques élevés pour la santé, notamment lorsque la densité démographique est élevée, lorsque les personnes sont déplacées, et dans les environnements humides.

Différents termes sont utilisés dans le secteur WASH pour définir les installations de gestion des excréments. Dans ce manuel, le terme « toilettes » se réfère à toute installation ou dispositif permettant de contenir immédiatement les excréments et formant la première barrière entre les personnes et ces déchets ⊕ cf. *Annexe 2 : Le diagramme F*. Le terme « toilettes » est utilisé à la place de « latrines » tout au long du manuel.

Le confinement des excréments humains à l'écart des personnes est la première barrière contre les maladies liées aux excréments, car cela contribue à réduire le nombre de voies de transmission directe ou indirecte de ces maladies ⊕ cf. *Annexe 2 : Le diagramme F*. Le confinement des excréments doit être intégré dans la collecte, le transport, le traitement et l'élimination afin de réduire les risques de santé publique et l'incidence sur l'environnement.

La présence de matières fécales humaines dans les espaces de vie, d'apprentissage et de travail peut indiquer des problèmes de protection. Il se peut que les personnes ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles utilisent les installations, surtout dans les zones densément peuplées.

Dans ce chapitre, les excréments humains sont définis comme des matières résiduelles libérées par le corps humain (matières fécales, urine et menstrues). Les standards de ce chapitre couvrent toute la chaîne des excréments, du confinement initial au traitement final.



Standard 3.1 sur la gestion des excréments : Un environnement sans excréments humains

Tous les excréments sont confinés de façon sûre sur le site afin d'éviter la contamination de l'environnement naturel et des espaces de vie, d'apprentissage, de travail et de vie commune.

Actions clés

- 1 Mettre en place des installations dans les habitats communautaires venant d'être construits, ou dans des zones où l'infrastructure est gravement endommagée, afin de confiner immédiatement les excréments.
- 2 Décontaminer immédiatement tous les espaces de vie, d'apprentissage et de travail ou les sources d'eau de surface contaminés par des excréments.
- 3 Concevoir et construire toutes les installations de gestion des excréments sur la base d'une évaluation des risques potentiels de contamination des eaux de surface environnantes ou de la nappe phréatique.
 - Analyser la topographie locale, le type de sol, les eaux souterraines et les eaux de surface (en tenant compte des variations saisonnières) afin d'éviter de contaminer des sources d'eau et afin de faire des choix techniques réfléchis.
- 4 Confiner et éliminer les selles des bébés et des enfants de façon sûre.
- 5 Concevoir et construire toutes les installations de gestion des excréments de façon à minimiser le contact entre les excréments et les vecteurs problématiques.

Indicateurs clés

Il n'y a pas de matières fécales humaines dans l'environnement dans lequel vit, apprend, et travaille la population

Toutes les installations de confinement des excréments sont situées à un endroit approprié et sont à une distance adéquate de la source des eaux souterraines ou de surface

Notes d'orientation

Distinction des phases : Immédiatement après une crise, supprimer sans distinction les défécations en plein air comme mesure de première urgence. Mettre en place des zones de défécation, définir l'emplacement et construire des toilettes communes, et lancer une campagne d'hygiène concertée. Éviter toute défécation à proximité des sources d'eau (qu'elles soient destinées ou non à la boisson),

des installations de stockage et de traitement de l'eau. Ne pas mettre en place de zones de défécation en haut d'une colline ou en amont des zones d'habitats. Ne pas les installer le long de voies publiques, près d'installations communautaires (notamment des installations de nutrition et de santé), ou près des zones de stockage et de préparation de la nourriture.

Mener une campagne de promotion de l'hygiène qui encourage l'évacuation sans risque des excréments et stimule la demande pour la construction de toilettes supplémentaires.

Dans les crises en milieu urbain, évaluer l'étendue des dommages causés aux systèmes d'égouts existants. Envisager l'installation de toilettes portables ou l'utilisation de fosses septiques ou de réservoirs pouvant être régulièrement vidangés.

Distance par rapport aux sources d'eau : S'assurer que les installations de confinement des matières fécales (latrines en tranchées, fosses, cuves fermées, fosses septiques, puits perdus) ne contaminent pas les sources d'eau. La contamination fécale n'est pas un problème de santé urgent sauf si l'eau provenant de cette source est bue, mais les dommages dans l'environnement doivent être évités.

Dans la mesure du possible, mener des tests de perméabilité du sol afin de définir la vitesse à laquelle les matières solides s'infiltrent dans le sol (taux d'infiltration). Utiliser ces données pour déterminer la distance minimale entre les installations de confinement et les sources d'eau. Ce taux d'infiltration varie selon les niveaux de saturation du sol, les extractions à partir de la source, et la nature des excréments (des excréments plus liquides s'infiltrent plus vite que des excréments moins liquides).

S'il n'est pas possible de réaliser des tests de perméabilité du sol, prévoir une distance d'au moins 30 mètres entre les installations de confinement et les sources d'eau, et une profondeur d'au moins 1,5 mètres entre la fosse et le dessus de la nappe phréatique. Augmenter ces distances en présence de roches fissurées ou calcaires, ou les diminuer pour les sols à texture fine.

Si le niveau de la nappe phréatique est élevé ou en cas d'inondation, rendre l'infrastructure de confinement imperméable à l'eau afin de minimiser la contamination des eaux souterraines. Autre possibilité, construire des toilettes surélevées ou des fosses septiques afin de confiner les excréments et de les empêcher de contaminer l'environnement. Éviter que le drainage ou le débordement des fosses septiques ne contamine les eaux de surface ou les eaux souterraines.

En cas de soupçon de contamination, repérer et contrôler immédiatement la source de la contamination et démarrer un traitement de l'eau. Certains contaminants de l'eau peuvent être gérés avec des méthodes de traitement par purification comme la chloration. La source des contaminants comme les nitrates doit toutefois être identifiée et contrôlée. La méthémoglobinémie est un trouble grave mais réversible ; il peut être causé par un taux élevé de nitrate dans l'eau potable ⊕ cf. *Standard 2.2 sur l'approvisionnement en eau : Qualité de l'eau.*



Confinement des excréments d'enfants : Les selles des nourrissons et des enfants sont généralement plus dangereuses que celles des adultes. Les infections liées aux excréments sont plus répandues chez les enfants, et ceux-ci n'ont peut-être pas encore développé d'anticorps. Informer les parents et l'entourage sur l'évacuation sans risque des excréments d'enfants, sur les bonnes pratiques en matière de lessive, et sur l'utilisation de couches, de pots pour enfants ou de pelles pour une évacuation hygiénique des excréments.

Standard 3.2 sur la gestion des excréments : Accès et utilisation des toilettes

Les personnes disposent de toilettes adéquates, appropriées et acceptables et peuvent y accéder rapidement et en toute sécurité à tout moment.

Actions clés

- 1 Définir les options techniques les mieux adaptées pour les toilettes.
 - Concevoir et construire les toilettes afin de réduire autant que possible les risques pour la sécurité des utilisateurs et des personnes chargées de la maintenance, notamment les femmes et les adolescentes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées.
 - Organiser une séparation par sexe et par âge de toutes les toilettes communes ou partagées lorsque cela est approprié.
- 2 Quantifier les besoins de toilettes de la population affectée en fonction des risques de santé publique, des habitudes culturelles, de la collecte et du stockage de l'eau.
- 3 Consulter les représentants de la population concernant l'emplacement, la conception et la mise en place de toilettes communautaires ou partagées.
 - Tenir compte de l'accès selon l'âge, le sexe et le handicap, la réduction de la mobilité, la séropositivité, l'incontinence et les pratiques sexuelles ou identités de genre minoritaires.
 - Placer les toilettes communautaires assez près des foyers afin de garantir un accès en toute sécurité mais suffisamment à l'écart pour que ces derniers ne soient pas stigmatisés du fait de leur proximité avec les toilettes.
- 4 Fournir des moyens adaptés à l'intérieur des toilettes pour laver et sécher ou éliminer les produits d'hygiène menstruelle et d'incontinence.
- 5 S'assurer qu'il est possible de répondre aux besoins en eau selon les options techniques choisies.
 - Prévoir un approvisionnement en eau suffisant pour le lavage des mains avec du savon, pour la toilette anale et pour des mécanismes de chasse d'eau ou de siphon.

Indicateurs clés

Nombre de toilettes partagées

- Au minimum 1 pour 20 personnes

Distance entre l'habitation et les toilettes partagées

- 50 mètres maximum

Pourcentage de toilettes ayant un verrou à l'intérieur et un éclairage adéquat

Pourcentage de toilettes signalées comme sûres par les femmes et les adolescentes

Pourcentage de femmes et d'adolescentes satisfaites des possibilités de gestion de l'hygiène menstruelle dans les toilettes qu'elles utilisent régulièrement

Notes d'orientation

Quelles sont les caractéristiques adéquates, appropriées et acceptables ? Le type de toilettes choisi dépendra de la phase de l'intervention, des préférences des usagers, de l'infrastructure existante, de la disponibilité en eau pour les chasses d'eau et les siphons, du type de sol et de la disponibilité des matériaux de construction.

En règle générale, les toilettes sont adéquates, appropriées et acceptables si :

- elles sont conçues pour être utilisées en toute sécurité par tous les segments de la population, y compris les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes handicapées ;
- elles sont situées de manière à réduire au minimum les risques pour la sécurité des utilisateurs, en particulier des femmes et des filles et des personnes ayant des problèmes de sécurité spécifiques ;
- elles ne sont pas à plus de 50 mètres des habitations ;
- elles procurent une certaine intimité qui répond aux attentes des utilisateurs ;
- elles sont faciles à utiliser et à maintenir propres (généralement des toilettes propres sont utilisées plus souvent) ;
- elles ne présentent pas de risque pour l'environnement ;
- elles ont suffisamment d'espace pour les différents utilisateurs ;
- elles ont des verrous à l'intérieur ;
- elles disposent d'un accès simple à l'eau pour le lavage des mains, la toilette anale et la chasse d'eau ;
- elles permettent un nettoyage, séchage et une élimination des produits d'hygiène menstruelle des femmes, et des produits d'incontinence pour enfants et adultes ;
- elles réduisent au minimum la prolifération des mouches et des moustiques; et
- elles limitent les odeurs.



Fournir un accès facile à des toilettes aux personnes souffrant de maladies chroniques comme le VIH. Elles souffrent en effet souvent de diarrhée chronique et de mobilité réduite.

Effectuer un suivi de l'utilisation et du pourcentage de personnes jugeant que les toilettes répondent à leurs exigences. S'appuyer sur ces informations pour comprendre quels groupes ne sont pas satisfaits et comment améliorer la situation. Tenir compte de l'accès et de l'utilisation selon le sexe et l'âge, le handicap ou la réduction de la mobilité, la séropositivité et l'incontinence.

Accessibilité : L'option technique choisie doit respecter le droit de tous, y compris des personnes handicapées, d'accéder en toute sécurité aux sanitaires.

Il peut être nécessaire de construire, d'adapter ou d'acheter des toilettes accessibles, ou des extensions aux toilettes existantes, pour les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées ou les personnes souffrant d'incontinence. À titre indicatif, des toilettes individuelles, mixtes, avec des rampes ou des entrées au niveau du sol, avec une accessibilité renforcée à l'intérieur de l'installation, doivent également être disponibles selon un **ratio minimum de 1 toilette pour 250 personnes**.

Installations sûres : Un mauvais emplacement des toilettes peut parfois exposer davantage les femmes et les filles à des agressions, surtout la nuit. Il faut donc veiller à ce que tous les groupes à risque, notamment les femmes et les filles, les garçons, les personnes âgées et les autres personnes ayant des problèmes de protection spécifiques, se sentent et soient en sécurité lorsqu'elles utilisent les toilettes mises à leur disposition. Éclairer les installations de façon appropriée et envisager de fournir des torches aux groupes à risque. Interroger la communauté, notamment les personnes les plus à risque, sur la façon d'améliorer leur sécurité. Consulter les parties prenantes dans les écoles, les établissements médicaux et les cliniques, les espaces adaptés aux enfants, les zones de marché et les centres d'alimentation et de nutrition.

Veillez noter qu'il ne suffit pas d'interroger les femmes et les enfants à propos d'installations WASH sûres et dignes, car dans de nombreuses situations les hommes contrôlent ce que les femmes et les enfants ont le droit de faire. Garder à l'esprit ces hiérarchies sociales et ces dynamiques de pouvoir, et collaborer activement avec les décideurs pour renforcer le droit des femmes et des enfants à accéder aux toilettes et aux douches en toute sécurité.

Le fait d'éclairer les installations communes peut améliorer l'accès, mais peut également inciter les gens à profiter de l'éclairage dans d'autres buts. Collaborer avec la communauté, notamment les personnes étant les plus exposées à des risques de menaces pour leur sécurité, afin de trouver d'autres moyens de réduire leur exposition aux risques.

Quantifier les besoins en toilettes : Réfléchir à la façon d'adapter les besoins de toilettes selon la situation afin de correspondre aux changements du cadre de vie

du début à la fin de la crise, aux besoins d'espace public et à tout risque spécifique pour la santé publique. Durant les premières phases d'une crise aiguë, **les toilettes communes sont une solution rapide et immédiate avec un ratio minimum de 1 toilette pour 50 personnes**, ce qui doit être amélioré aussi vite que possible. À **moyen terme, le ration minimum est de 1 toilette pour 20 personnes**, avec un rapport de 3:1 pour les toilettes femmes aux toilettes hommes ⊕ cf. *Annexe 4* : Pour les données de planification et le nombre de toilettes.

Toilettes familiales, partagées ou communes ? Les toilettes familiales sont considérées comme l'idéal en termes de sécurité, du point de vue pratique et de la dignité des usagers, et des liens établis entre propriété et entretien. Parfois des installations partagées par un petit groupe d'habitations peuvent être la norme. Les toilettes partagées ou communes peuvent être conçues et construites dans l'objectif de fournir des toilettes familiales dans le futur. Le fait de laisser des couloirs sanitaires dans les zones d'habitat par exemple, offre l'espace nécessaire pour construire des installations communes près des abris, puis de construire des installations familiales dès que le budget le permet. Les couloirs sanitaires garantissent un espace pour l'extraction des boues, l'entretien et la mise hors service.

Des toilettes communes seront également nécessaires dans certains espaces publics et communs, comme les établissements médicaux, les zones de marché, les centres d'alimentation, les lieux d'apprentissage et les zones de réception et administratives ⊕ cf. *Annexe 4 : Nombre minimum de toilettes au sein de la communauté, dans les lieux publics et dans les institutions.*

Les installations communes d'assainissement construites au cours d'une intervention rapide auront des besoins spécifiques en termes d'exploitation et de maintenance. Le fait de payer des personnes pour nettoyer les toilettes peut être mis en place en accord avec les communautés comme une mesure temporaire, avec une stratégie de désengagement claire.

Eau et produits nécessaires à la toilette anale : Lors de la conception de l'installation, s'assurer qu'il y a assez d'eau, de papier toilette ou de tout autre produit nécessaire à la toilette anale. Consulter les utilisateurs sur les produits de nettoyage les plus appropriés, et garantir des moyens d'éliminer ces produits sans risque et d'assurer leur approvisionnement à long terme.

Lavage des mains : S'assurer que l'installation permet de se laver les mains, avec de l'eau et du savon (ou toute autre alternative équivalente), après avoir utilisé les toilettes, après avoir nettoyé les fesses d'un enfant qui a déféqué, et avant de préparer les aliments et de manger.

Gestion de l'hygiène menstruelle : Les toilettes doivent être pourvues de conteneurs adaptés pour éliminer les produits d'hygiène menstruelle afin d'éviter tout blocage des canalisations d'eaux usées, ou tout problème lors de la vidange des fosses ordinaires ou des fosses septiques. Consulter les femmes et les adolescentes pour la conception de toilettes qui garantissent suffisamment d'espace, ainsi qu'un accès à l'eau pour la toilette et le séchage.



Standard 3.3 sur la gestion des excréments : Gestion et maintenance de la collecte, du transport, de l'élimination et du traitement des excréments

Les installations, infrastructures et systèmes de gestion des excréments sont gérés et entretenus de façon conforme afin de garantir le service et de réduire l'incidence sur l'environnement.

Actions clés

- 1 Mettre en place des systèmes de collecte, transport, traitement et élimination conformes aux systèmes locaux, en collaborant avec les autorités locales responsables de la gestion des excréments.
 - Respecter les normes nationales en vigueur et s'assurer que toute charge supplémentaire ajoutée aux systèmes existants ne nuit pas à l'environnement ni aux communautés.
 - Se mettre d'accord avec les autorités locales et les propriétaires fonciers sur l'utilisation de terres pour un traitement et une élimination en dehors du site.
- 2 Mettre en place des systèmes de gestion des toilettes à court et à long terme, notamment des sous-structures (fosses ordinaires, fosses septiques, puits perdus).
 - Concevoir et dimensionner les sous-structures de façon à garantir que tous les excréments puissent être confinés en toute sécurité et les fosses vidangées.
 - Définir des rôles et des responsabilités clairs et rendant compte de leurs actes, et déterminer les sources de financement pour les futures opérations d'exploitation et de maintenance.
- 3 Vidanger l'installation de confinement en toute sécurité, en tenant compte des personnes chargées de la collecte et des personnes alentour.
- 4 S'assurer que les personnes disposent des informations, des moyens, des outils et du matériel pour construire, nettoyer, réparer et entretenir leurs toilettes.
 - Mener des campagnes de promotion de l'hygiène sur l'utilisation, le nettoyage et la maintenance des toilettes.
- 5 Vérifier que l'eau nécessaire au transport des excréments peut être puisée à des sources d'eau disponibles, sans mettre ces sources sous pression.

Indicateur clé

Tous les excréments humains sont éliminés de façon sûre pour la santé publique et l'environnement

Notes d'orientation

La vidange est le retrait (non traité ou partiellement traité) des excréments de la cuve, de la fosse ou du réservoir, et le transport vers une installation de traitement et d'élimination située en dehors du site. Si une opération de vidange est nécessaire, celle-ci doit être intégrée dans les procédures d'exploitation et de maintenance ainsi que dans le budget dès le départ.

Les eaux d'égout ou les eaux domestiques sont classées comme des eaux usées lorsqu'elles sont mélangées avec des excréments humains. Sauf si la zone d'habitat est située à un endroit où il existe un système d'égout, les eaux usées domestiques ne doivent pas être mélangées avec des excréments humains. Les eaux d'égout sont plus difficiles et plus chères à traiter que les eaux usées domestiques.

Planification : Au début, prévoir un volume d'excréments de 1 à 2 litres par personne et par jour. À long terme, prévoir 40 à 90 litres par personne et par an; le volume des excréments se réduit au fur et à mesure de la décomposition. Le volume actuel dépend de plusieurs facteurs : alimentation des chasses d'eau, utilisation pour la toilette anale en association avec des articles adaptés, nettoyage des toilettes en association avec des produits adaptés, régime alimentaire des utilisateurs. S'assurer que l'eau du foyer provenant du nettoyage et de la cuisson, ou de la lessive et de la toilette corporelle, ne pénètre pas dans les installations de confinement car de l'eau supplémentaire impliquera des vidanges supplémentaires. Laisser 0,5 mètres en haut de la fosse pour le remblayage.

En cas de situation spécifiquement risquée pour la santé publique, comme des épidémies de choléra ⊕ cf. *Standard 6 sur WASH : WASH dans les structures de soins.*

Marchés locaux : Utiliser des matériaux et de la main d'œuvre disponibles localement pour la construction de toilettes lorsque cela est approprié. Cela incite davantage les personnes à participer à l'utilisation et à la maintenance des installations.

Confinement d'excréments dans des environnements difficiles : Lors d'inondations ou de crises en milieu urbain, il peut être très difficile de fournir des installations appropriées pour le confinement des excréments. Dans ce type de situation, envisager des toilettes surélevées, des toilettes avec séparation de l'urine, des réservoirs pour les eaux usées ou des sacs en plastique provisoires et jetables avec des systèmes appropriés de collecte et d'élimination. Accompagner ces différentes approches d'activités de promotion de l'hygiène.

Les excréments comme ressource : Les excréments sont également une ressource potentielle. Des technologies existent pour convertir des boues traitées en énergie, par exemple sous forme de briques combustibles ou de biomasse.

L'assainissement écologique ou les procédés de compostage permettent de récupérer des nutriments et de la matière organique à partir d'un mélange de déchets humains et de déchets de cuisine organiques. Le compost qui en résulte peut être utilisé comme engrais pour le sol, ou comme fertilisant pour les potagers.



4. Lutte antivectorielle

Un vecteur est un agent porteur de maladie. Les vecteurs créent une voie de transmission entre la source d'une maladie et une personne. Les maladies transmises par les vecteurs sont une cause importante de maladie et de décès dans de nombreuses situations humanitaires. La plupart des vecteurs sont des insectes, comme les moustiques, les mouches et les poux, mais les rongeurs peuvent également être des vecteurs. Certains vecteurs sont également responsables de morsures douloureuses. Les vecteurs peuvent être le signe de problèmes dans la gestion des déchets solides et des excréments ou de problèmes de drainage, d'un mauvais choix d'emplacement pour le site, ou de problèmes plus vastes de sécurité.

La nature des maladies transmises par les vecteurs est souvent complexe et pour aborder les problèmes liés aux vecteurs, il est parfois nécessaire de requérir l'aide de spécialistes. Cependant, des mesures simples et efficaces peuvent éviter la propagation de ces maladies.

Les programmes de lutte antivectorielle risquent de n'avoir aucun effet s'ils ciblent le mauvais vecteur, s'ils reposent sur des méthodes inefficaces ou s'ils ciblent le bon vecteur au mauvais endroit ou au mauvais moment. Les mesures de lutte doivent être ciblées et adaptées aux cycles de vie et à l'écologie de ces vecteurs.

Les programmes de lutte doivent viser à réduire la densité des populations vectorielles, les sites de reproduction et les interactions entre les personnes et ces vecteurs. Lors de leur mise en œuvre, consulter les études existantes et faire appel à des conseils d'experts auprès des organisations de santé nationales et internationales. Faire appel à l'expertise locale pour obtenir des informations sur les variantes de la maladie, les sites de reproduction et les variations saisonnières dans le nombre de vecteurs, et l'incidence des maladies.

Les standards de ce chapitre se concentrent sur la réduction ou l'élimination des vecteurs problématiques afin de prévenir les maladies transmises par les vecteurs et de réduire les nuisances. La lutte antivectorielle doit concerner plusieurs secteurs ⊕ cf. *Standard 2 sur les abris et l'habitat*, *Soins de santé essentiels – Standard 2.1.1 sur les maladies transmissibles* et *Standard 6.2 sur l'aide alimentaire*.

Standard 4.1 sur la lutte antivectorielle : Lutte antivectorielle au niveau de la zone d'hébergement

Les personnes vivent dans un environnement où les sites de reproduction et d'alimentation des vecteurs sont ciblés afin de réduire les problèmes liés à ces derniers.

Actions clés

- 1 Évaluer les risques de maladie transmise par les vecteurs pour une zone définie.
 - Définir si le taux d'incidence de la zone est plus élevé ou non que la norme établie au niveau national ou de l'OMS pour la maladie.
 - Comprendre les éventuels sites de reproduction des vecteurs et leur cycle de vie, notamment leur alimentation, en se renseignant auprès de spécialistes locaux et en exploitant les connaissances sur les principaux vecteurs.
- 2 Faire coïncider les actions de lutte antivectorielle humanitaires avec les plans ou les systèmes de lutte antivectorielle locaux, et avec les règles, programmes ou directives de niveau national.
- 3 Déterminer si la lutte contre les vecteurs par des moyens chimiques ou non-chimiques est pertinente ou non en exploitant les connaissances sur le cycle de vie des vecteurs.
 - Informer la population sur les risques potentiels liés aux produits utilisés dans la lutte chimique contre les vecteurs et sur le calendrier d'application de ces substances.
 - Former et équiper tous les membres du personnel manipulant des produits chimiques avec des équipements et des vêtements de protection (EPI).



Indicateur clé

Pourcentage de sites de reproduction ayant été identifiés comme un endroit où le cycle de vie du vecteur est interrompu

Notes d'orientation

Zones d'habitats communautaires : Le choix du site est important pour réduire au minimum l'exposition de la population touchée au risque de maladies transmises par les vecteurs. Cela doit être l'un des principaux éléments à prendre en compte lorsqu'on envisage plusieurs sites différents. Pour la lutte antipaludique par exemple, les zones d'habitats communautaires doivent être situées à 1 ou 2 kilomètres en amont des grands sites de reproduction comme les marécages ou

les lacs, tout en assurant la disponibilité d'une source d'eau salubre supplémentaire. Intégrer l'impact qu'une nouvelle zone d'habitat peut avoir sur la présence de vecteurs problématiques dans les communautés d'accueil environnantes ⊕ cf. *Standard 2 sur les abris et l'habitat : Lieu et planification de la zone d'habitat.*

Évaluation des facteurs de risque : Fonder les décisions liées aux interventions de lutte antivectorielle sur l'évaluation du risque potentiel de maladie et les autres risques, ainsi que sur les preuves cliniques et épidémiologiques de problèmes de maladies transmises par des vecteurs. Examiner les soupçons de cas ou les cas avérés au cours des deux précédentes années dans la zone définie. Les autres facteurs influençant les risques sont :

- l'état immunitaire de la population, notamment une exposition antérieure, ou un stress au niveau nutritionnel ou autre ;
- les déplacements de personnes d'une zone non endémique vers une zone endémique ;
- le type et la prévalence des agents pathogènes, tant dans les vecteurs que chez les humains ;
- les espèces, le nombre, les comportements et l'écologie des vecteurs (saison, sites de reproduction) et comment ils sont susceptibles d'interagir ; et
- une exposition accrue aux vecteurs liée à la proximité, au type d'habitat, au type d'abri, à la protection individuelle existante et aux mesures d'évitement.

Éliminer ou modifier les sites de reproduction et d'alimentation des vecteurs : De nombreuses activités WASH peuvent avoir un effet notoire sur les sites de reproduction et d'alimentation, notamment :

- élimination des eaux stagnantes ou des zones humides autour des points de distribution d'eau, des zones de toilette et de lessive ;
- organisation du stockage des déchets solides au niveau du foyer durant leur collecte et leur transport, ainsi que des sites de traitement et d'élimination ;
- fourniture de couvercles pour les conteneurs d'eau ;
- gestion des excréments ;
- nettoyage des dalles des toilettes et des superstructures afin de limiter toute présence de vecteurs ;
- scellement des fosses pour garantir qu'aucune matière fécale ne pénètre dans l'environnement et que les vecteurs problématiques n'entrent pas dans les fosses ;
- organisation de programmes de promotion de l'hygiène sur la propreté en général ; et
- couverture systématique des puits et/ou traitement avec un larvicide, par exemple là où la dengue est endémique.

Les trois principales espèces de moustiques responsables de la transmission de maladies sont :

- Les *Culex* (filariose et virus du Nil occidental), qui se reproduisent dans les eaux stagnantes chargées de matières organiques, comme les toilettes ;
- Les *Anopheles* (paludisme et filariose), qui se reproduisent dans des eaux de surface relativement non polluées comme les flaques, les cours d'eau à débit lent et les puits ; et
- Les *Aedes* (dengue, fièvre jaune, virus chikungunya et Zika), qui se reproduisent dans des récipients d'eau comme les bouteilles, les seaux et les pneus.

Mesures de lutte biologiques et non-chimiques : Les mesures de lutte biologiques introduisent des organismes qui chassent, parasitent, concurrencent ou réduisent les populations d'espèces spécifiques de vecteurs. Les poissons larvivores et les crustacés d'eau douce par exemple, peuvent lutter contre les moustiques *Aedes* (vecteurs de la dengue). Une des stratégies les plus prometteuses est l'utilisation de la bactérie endosymbiotique *Wolbachia* qui a été identifiée pour réduire la transmission du virus de la dengue. Les mesures de lutte biologiques sont efficaces dans certains environnements opérationnels et la réalité a montré qu'elles sont efficaces à une certaine échelle. Bien que les mesures de lutte biologiques permettent d'éviter la contamination de l'environnement, certaines limites opérationnelles peuvent exister, ainsi que des conséquences écologiques. Les méthodes de lutte biologiques ne sont efficaces que pendant les stades immatures des moustiques vecteurs, et sont généralement limitées à une utilisation dans de grands puits ou conteneurs à eau en béton ou en argile vernie. Le consentement des communautés locales quant à l'introduction d'organismes dans les conteneurs d'eau est essentiel. L'implication de la communauté doit être recherchée lors de la distribution des organismes de lutte, ainsi que pour le suivi et le restockage des conteneurs si nécessaire.

Les interventions d'ingénierie environnementale : Plusieurs mesures de base issues de l'ingénierie environnementale peuvent réduire la reproduction des vecteurs, notamment :

- l'évacuation correcte des excréments humains et animaux, des toilettes fonctionnant correctement, le maintien de couvercles sur le trou du siège des latrines à fosse ;
- l'élimination appropriée des déchets solides pour lutter contre les mouches et les rongeurs ;
- un bon drainage dans les zones d'habitat ; et
- le drainage des eaux stagnantes et le débroussaillage de la couverture végétale bordant les canaux ouverts et les mares pour combattre les moustiques.

Ce type de mesures réduira la densité des populations de certains vecteurs. Il peut arriver qu'il soit impossible de produire un effet sur l'ensemble des sites



de reproduction, d'alimentation et de repos des vecteurs au sein d'une zone d'hébergement ou à proximité, même à long terme. Dans ce cas, envisager de recourir de façon ciblée à des mesures de lutte chimiques ou de protection individuelle. La pulvérisation d'un insecticide dans des espaces infestés peut réduire le nombre de mouches adultes et empêcher une épidémie de diarrhée, voire contribuer à réduire autant que possible l'incidence de la maladie si l'on utilise l'insecticide pendant une épidémie. Les pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des logements réduiront la densité de moustiques responsables de la transmission du paludisme ou de la dengue. Des appâts toxiques permettront de réduire les populations de rongeurs.

Protocoles nationaux et internationaux : L'OMS a publié des normes et des protocoles internationaux clairs et précis portant à la fois sur le choix et l'utilisation de produits chimiques dans la lutte antivectorielle, et sur la protection du personnel et les exigences en matière de formation. Les mesures de lutte antivectorielle doivent répondre à deux préoccupations principales : l'efficacité et la sécurité. Si les normes nationales relatives au choix des produits chimiques sont moins élevées que les normes internationales, consulter les autorités nationales compétentes et insister auprès d'elles pour qu'elles autorisent l'application de normes internationales.

Protéger les membres du personnel qui manipulent des produits chimiques en leur donnant une formation, en les équipant de vêtements de protection, en prévoyant des installations où ils puissent se laver et en limitant le nombre d'heures passées à manipuler des produits chimiques.

Coordination avec le traitement du paludisme : Mettre en place des stratégies de lutte contre le vecteur du paludisme en même temps que des diagnostics précoces et des traitements antipaludiques ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standard 2.1.1 sur les maladies transmissibles : Prévention.*

Standard 4.2 sur la lutte antivectorielle : Actions individuelles et au niveau du foyer pour lutter contre les vecteurs

Toutes les personnes affectées ont les connaissances et les moyens nécessaires de se protéger, ainsi que leurs familles, contre les vecteurs susceptibles de constituer un risque majeur pour leur santé ou leur bien-être.

Actions clés

- 1 Évaluer les pratiques actuelles permettant d'éviter le vecteur ou les méthodes de dissuasion au niveau du foyer comme partie intégrante d'un programme global de promotion de l'hygiène.
 - Repérer les obstacles à l'adoption de comportements et de motivations plus efficaces.

- 2 Recourir à des campagnes de sensibilisation participatives et accessibles pour informer les gens sur les vecteurs problématiques, les heures et lieux de transmission à haut risque, et les mesures de prévention.
 - Effectuer un suivi spécifique des groupes à haut risque.
- 3 Réaliser une évaluation du marché local sur les mesures de prévention pertinentes et efficaces.
 - Envisager de renforcer les marchés afin qu'ils deviennent une source durable de mesures de prévention.
 - Établir un plan d'achat, de distribution et de mise en œuvre de produits liés à la lutte antivectorelle en partenariat avec la communauté, les autorités locales et d'autres secteurs si les marchés locaux ne sont pas capables de faire face à la demande.
- 4 Former les communautés au suivi, à l'établissement de rapports et à faire des retours d'informations sur les vecteurs problématiques et le programme de lutte antivectorelle.

Indicateurs clés

Pourcentage de personnes touchées pouvant décrire correctement les modes de transmission et les mesures efficaces de lutte antivectorelle au niveau du foyer

Pourcentage de personnes ayant pris des mesures appropriées pour se protéger des maladies transmises par les vecteurs

Pourcentage de foyers disposant d'une protection adaptée pour le stockage de la nourriture

Notes d'orientation

Mesures de protection individuelle contre le paludisme : Le fait de mettre en œuvre systématiquement et sans tarder des mesures de protection comme des tentes, des rideaux et des moustiquaires imprégnées d'insecticide aide à se protéger du paludisme. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée présentent en plus l'avantage d'offrir une certaine protection contre les poux de corps et de tête, les puces, les tiques, les blattes et les punaises de lit. Utiliser d'autres méthodes de protection : port de vêtements à manches longues, fumigation des logements, utilisation de spirales antimoustiques, vaporisation de sprays aérosols et de répulsifs contre les moustiques. Encourager l'utilisation de ces méthodes par les individus et les groupes les plus exposés, comme les enfants de moins de 5 ans, les personnes présentant une déficience immunitaire et les femmes enceintes.

Groupes à haut risque : Certains groupes de la communauté seront plus vulnérables aux maladies liées aux vecteurs que les autres, notamment les bébés et les



nourrissons, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes malades, ainsi que les femmes enceintes et allaitantes. Identifier les groupes à haut risque et prendre des mesures spécifiques pour réduire ces risques. Faire en sorte de prévenir la stigmatisation.

Mobilisation sociale et communication : Les comportements doivent évoluer à la fois au niveau individuel et au niveau de la communauté pour réduire les gîtes larvaires et la population adulte des vecteurs. Les activités de mobilisation sociale et de communication doivent être entièrement intégrées dans les actions de lutte et de prévention des vecteurs, et ce en recourant à une grande variété de canaux.

Mesures de protection individuelle contre d'autres vecteurs : Une bonne hygiène personnelle et le nettoyage régulier des vêtements et de la literie sont la protection la plus efficace contre les poux de corps. Les infestations peuvent être jugulées par un traitement individuel (application de poudres), des campagnes massives de lessive ou d'épouillage. Développer et appliquer des protocoles de traitement pour les personnes nouvellement arrivées dans une zone d'établissement. Un environnement domestique propre, de bonnes pratiques en matière d'élimination des déchets et d'entreposage des aliments cuits et non cuits, dissuaderont les rats, les autres rongeurs et les insectes (comme les cafards), de pénétrer dans les logements ou les abris ⊕ cf. *Standard 1.1 sur la promotion de l'hygiène.*

5. Gestion des déchets solides

La gestion des déchets solides est le processus de manutention et élimination des déchets solides organiques et non-organiques. Cela comprend :

- planification de systèmes de gestion des déchets solides ;
- manipulation, séparation, stockage, tri et traitement des déchets à la source ;
- transfert vers un point de collecte ; et
- transport et élimination finale, réutilisation reconversion ou recyclage.

Les déchets peuvent être générés au niveau du foyer, de l'institution ou de la communauté, et incluent les déchets médicaux. Ils peuvent être dangereux ou non dangereux. Une mauvaise gestion des déchets implique des risques en termes de santé publique car cela crée des habitats favorables aux insectes, rongeurs et autres vecteurs de maladies ⊕ cf. *Standard 4.1 sur la lutte antivectorielle : Lutte antivectorielle au niveau de la zone d'hébergement*. Les déchets non traités peuvent polluer les eaux de surface et les eaux souterraines. Les enfants peuvent jouer dans des déchets solides mal gérés, courant ainsi le risque de se blesser ou de tomber malade. Les ramasseurs de déchets, qui s'assurent un petit revenu par la collecte de matériaux recyclables dans les décharges, peuvent être exposés à des risques de blessure ou de maladie infectieuse.

Les déchets solides peuvent bloquer les systèmes de drainage, générant ainsi des eaux stagnantes et des eaux de surface polluées, ce qui peut être un lieu d'habitat pour les vecteurs et poser d'autres risques en termes de santé publique.

Ces standards ne couvrent pas le traitement ou l'élimination des effluents chimiques ou des lixiviats. Pour des conseils sur la manipulation et le traitement des déchets dangereux ⊕ *Consulter la partie Références et bibliographie complémentaire*. Pour les déchets médicaux, ⊕ se référer au *Standard 6 de WASH : WASH dans les structures de soins*.



Standard 5.1 sur la gestion des déchets solides : Un environnement sans déchets solides

Les déchets solides sont confinés de manière sûre afin d'éviter toute pollution de l'environnement naturel, des lieux de vie, d'apprentissage et de travail.

Actions clés

- 1 Concevoir le programme d'élimination des déchets solides en fonction des risques de santé publique, sur la base d'une évaluation des déchets générés par les familles et les institutions, et en s'inspirant des pratiques existantes.
 - Évaluer les capacités pour la réutilisation, la reconversion, le recyclage ou le compostage au niveau local.

- Comprendre les rôles des femmes, des hommes, des filles et des garçons dans la gestion des déchets solides afin d'éviter de générer davantage de risques en termes de protection.
- 2 Collaborer avec les autorités locales ou municipales et les fournisseurs de services pour garantir que les systèmes et infrastructures existants ne soient pas surchargés, notamment dans les zones urbaines.
- S'assurer que les installations de traitement et d'élimination en dehors du site, qu'il s'agisse d'installations existantes ou de nouvelles installations, puissent être utilisées par tout le monde.
 - Établir un calendrier visant à respecter le plus tôt possible les normes de santé ou les règles locales en matière de gestion des déchets solides.
- 3 Organiser des campagnes régulières ou ciblées de nettoyage des déchets solides en mettant en place l'infrastructure nécessaire pour soutenir cette campagne.
- 4 Fournir des vêtements de protection et vacciner les personnes chargées du ramassage et de l'élimination des déchets solides, ainsi que toutes les personnes impliquées dans la réutilisation ou la reconversion.
- 5 S'assurer que les sites de traitement sont gérés de façon appropriée, adéquate et sûre.
- Recourir à des méthodes de traitement et d'élimination sûres et appropriées, notamment l'enfouissement, la gestion de décharges et l'incinération.
 - Organiser les sites de gestion des déchets afin de prévenir ou de réduire au minimum les risques de protection, notamment pour les enfants.
- 6 Réduire au minimum les matériaux d'emballage et diminuer la charge que représentent les déchets solides en collaborant avec les organisations responsables de la distribution d'articles alimentaires et ménagers.

Indicateur clé

Il n'y a pas d'accumulation de déchets solides autour des points de collecte publics de la communauté ou du quartier

Notes d'orientation

Les personnes en déplacement se débarrasseront des produits qui sont lourds ou dont ils n'ont plus besoin. La génération de déchets solides près des points de distribution peut accroître les tensions avec les populations d'accueil. Le volume de déchets solides augmentera si les articles ménagers distribués ne répondent pas aux besoins réels. Ces déchets solides sont probablement fabriqués dans des

matériaux différents de ceux produits localement et peuvent donc devoir être traités ou éliminés de façon différente.

Zones urbaines : Les infrastructures urbaines de gestion des déchets solides peuvent être intégrées dans les autres systèmes de services. Collaborer avec les autorités et s'appuyer sur les systèmes existants pour gérer le poids que représentent des volumes de déchets solides supplémentaires.

Protection pour les ramasseurs d'ordures : Fournir des vêtements de protection à toute personne impliquée dans la gestion des déchets solides. Fournir au minimum des gants. Dans l'idéal, fournir également des bottes et des masques de protection. Si nécessaire, vacciner contre le tétanos et l'hépatite B. S'assurer que du savon et de l'eau sont disponibles pour se laver les mains et le visage. Informer et former le personnel aux méthodes correctes de transport et d'élimination des déchets, ainsi qu'aux risques découlant d'une mauvaise exécution de ces opérations ⊕ cf. *Soins de santé essentiels - Standard 2.1.1 sur les maladies transmissibles : Prévention*.

Les ramasseurs d'ordures peuvent être stigmatisés comme sales ou pauvres. Des réunions avec la communauté peuvent aider à faire évoluer les attitudes. Cela peut aider à garantir que les ramasseurs d'ordures disposent d'un équipement adapté et permettent de maintenir la propreté.

Zones d'hébergements communautaires et zones rurales : L'élimination des déchets solides du foyer peut être réalisable, voire même privilégiée, dans les zones d'hébergements communautaires et les zones à faible densité de population. Décider de la taille des lieux d'enfouissement ou d'incinération des déchets solides ménagers en fonction de la taille du foyer et de l'évaluation du flux de déchets. Les trous à ordures du foyer doivent être correctement clôturés afin d'éviter que les enfants et les animaux n'y accèdent, et doivent se trouver, dans l'idéal, à 15 mètres au moins des habitations.

Pour les points de ramassage communautaires ou de quartier, fournir au début une poubelle de 100 litres pour 40 ménages. Fournir une poubelle pour 10 familles à plus long terme, lorsque la production d'ordures ménagères est susceptible d'augmenter au fil du temps. À titre informatif, une équipe d'entretien de 2,5 personnes pour 1000 personnes doit être mise en place.

Réutilisation, reconversion et recyclage : Encourager la réutilisation, la reconversion et le recyclage des déchets solides par la communauté, sauf si cela implique un risque de santé publique majeur. Étudier le potentiel de création d'activités de petit commerce ou de revenus supplémentaires provenant du recyclage des déchets, et les possibilités de compostage des déchets organiques au niveau du foyer ou de la communauté.



Standard 5.2 sur la gestion des déchets solides : Actions individuelles et au niveau du foyer pour une gestion saine des déchets solides

Les personnes peuvent collecter et éventuellement traiter les déchets solides dans leur foyer.

Actions clés

- 1 Fournir aux familles des dispositifs de stockage couverts, pratiques et de bonne taille pour les ordures ménagères, ou des conteneurs pour les petits groupes de familles.
 - Tenir compte des préférences du foyer en ce qui concerne le nombre et la taille des conteneurs pour la réutilisation et le recyclage.
- 2 Prévoir dans les lieux publics du quartier des points de collecte clairement signalés et clôturés afin que les ménages puissent y déposer leurs ordures tous les jours.
- 3 Organiser un système permettant d'enlever les ordures ménagères et autres des points de collecte publics conçus à cet effet.
- 4 S'assurer que l'enfouissement ou l'incinération des déchets solides se fait en toute sécurité au niveau des ménages et de la communauté.

Indicateurs clés

Pourcentage de foyers ayant accès à un point de collecte des déchets solides dans le quartier ou la communauté situé à une distance acceptable de leur habitation

Pourcentage de familles indiquant un stockage approprié et adéquat au niveau du foyer

Notes d'orientation

Planification : La quantité de déchets solides que les gens génèrent varient selon la façon dont la nourriture est obtenue et cuisinée, et selon les activités réalisées au sein ou à proximité du foyer. Les variations peuvent être saisonnières, et correspondent souvent aux calendriers des marchés ou des distributions. Partir du principe qu'une personne produit 0,5 kg de déchets solides par jour. Cela équivaut à 1–3 litres par personne et par jour, sur la base d'une densité de déchets solides de 200 à 400 kg/m³.

Standard 5.3 sur la gestion des déchets solides : Systèmes de gestion des déchets solides au niveau communautaire

Les points de collecte publics ne débordent pas de déchets, et le traitement ou l'élimination finale des déchets est fiable et sûre.

Actions clés

- 1 S'assurer que les institutions comme les écoles et les lieux d'apprentissage, les espaces adaptés aux enfants et les bureaux administratifs disposent, pour les déchets produits à cet endroit, d'un dispositif de stockage étant couvert, adéquat, approprié et clairement signalé.
- 2 Prévoir des zones de stockage clairement signalées et clôturées pour les déchets produits dans les espaces communautaires, notamment les marchés formels et informels, les centres de transit et d'enregistrement.

Indicateurs clés

Pourcentage d'écoles et de lieux d'apprentissage disposant d'un dispositif de stockage des déchets adéquat et approprié

Pourcentage des marchés publics disposant d'un dispositif de stockage des déchets adéquat et approprié

Pourcentage des trous à ordures ou d'incinérateurs étant correctement gérés dans les écoles, les lieux d'apprentissage, les marchés publics ou toute autre institution publique

Notes d'orientation

Déchets des marchés : Les zones de marché doivent faire l'objet d'une attention particulière car les espaces communs sont souvent déficients en termes d'appropriation et de responsabilité dans la gestion des déchets solides. Traiter la plus grande partie des déchets des marchés de la même manière que les ordures ménagères.

Déchets des abattoirs : S'assurer que l'abattage est réalisé de façon hygiénique et conformément à la législation locale. La plupart des déchets produits par les abattoirs et les marchés de poisson peuvent être traités de la même manière que les ordures ménagères, mais il convient de faire attention aux déchets liquides qu'ils produisent. Si cela semble adapté, jeter ces déchets dans une fosse munie d'un couvercle située à côté de l'abattoir ou de l'aire de traitement du poisson. Faire couler le sang et les autres liquides via un canal de drainage recouvert de dalles afin de réduire l'accès des insectes à la fosse. Mettre de l'eau à disposition pour le nettoyage.



6. WASH dans les épidémies et structures de soins

Les acteurs des secteurs de la santé et des programmes WASH travaillent tous à réduire les risques de santé publique, à prévenir la transmission de maladies, et à lutter contre les épidémies de maladies. Une coordination étroite avec les partenaires et les structures de gouvernement, dans les deux secteurs, est nécessaire pour gérer les risques de santé publique dans la communauté et dans les structures de soins. Ce standard s'appuie sur les standards 1 à 5 de WASH, ainsi que sur le chapitre Santé, lequel doit être lu dans son intégralité et guider toutes les interventions techniques.

La Prévention et la Lutte contre les Infections (PLI) est une activité centrale dans la prévention des maladies quelle que soit la situation, et dans les interventions de lutte contre les épidémies. Elle est essentielle pour le patient, pour le personnel de santé et pour la communauté. Il est de la responsabilité des agences de santé de s'assurer que les standards minimums sont respectés dans les structures de soins, mais cette pratique nécessite souvent une collaboration et un soutien bien organisés de la part des acteurs WASH.

De bonnes pratiques WASH appliquées de façon constante, à la fois dans la communauté et la structure de soin, réduiront la transmission des maladies infectieuses et aideront à lutter contre les épidémies. Les actions minimums de ce standard s'appliquent à l'intervention en cours et mettent en évidence les domaines à améliorer en cas d'épidémie.

Intervention de lutte contre les épidémies fonctionnant avec la communauté

Il n'est pas toujours pratique de répondre à chaque composante d'un programme WASH. Se concentrer sur les risques de santé publique immédiats et créer un climat de confiance et de responsabilité avec les communautés. Accorder la priorité à une intervention tenant compte des résultats d'analyses épidémiologiques, d'une évaluation des facteurs de risques, des voies de transmission (notamment au-delà de la voie oro-fécale), de l'incidence prévue de chaque intervention et des ressources disponibles.

La participation de la communauté reste un élément central de toute intervention face à une épidémie afin d'éviter la propagation d'une maladie. Sachant que les points de vue et croyances d'une communauté peuvent favoriser ou empêcher une intervention, il est essentiel de les connaître et d'en tenir compte. Il peut être nécessaire de faire évoluer certaines normes sociales afin de prévenir la transmission de maladies. Collaborer par exemple avec la communauté, afin de trouver d'autres façons de se saluer au lieu de se serrer la main.

Encourager des actions spécifiques de prévention et de traitement des maladies au sein de la communauté affectée. Quelques exemples : utilisation de moustiquaires pour prévenir le paludisme, ou de sels de réhydratation orale

et de zinc (pour les enfants) pour lutter contre la diarrhée. Si les travailleurs de proximité de la communauté réalisent des dépistages et des tâches associées, ils doivent être formés à cet effet. Intégrer toutes les données dans l'analyse globale de l'épidémie et dans l'intervention. Un suivi rapide de la propagation de l'épidémie et des personnes touchées est essentiel pour une intervention opportune et l'intégration de données dans un système commun évitera un comptage en double ou l'oubli d'éléments clés ⊕ cf. *Soins de santé essentiels - Standard 2.1.4 sur les maladies transmissibles : préparation et intervention en cas de flambée épidémique.*



Principes WASH pour les actions dans la communauté durant une épidémie (Figure 4).

Pendant une épidémie, toujours respecter les directives techniques publiées le plus récemment car les maladies émergentes présentent des risques et ont des effets différents. Il existe des conseils détaillés pour la PLI dans le cadre d'actions spécifiques de prévention et de lutte contre la maladie, et ceux-ci doivent être respectés en priorité ⊕ cf. *Références ci-dessous*. Ce standard fournit une liste des sujets devant au minimum être abordés, et précise la collaboration entre le secteur WASH et le secteur de la santé. Le schéma ci-dessous fournit une vue d'ensemble des principales actions WASH impliquant une communauté pendant une épidémie. En ce qui concerne les actions liées à la santé, ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standards 2.1.1 à 2.1.4 sur les maladies transmissibles*.

Standard 6 sur WASH dans les structures de soins : WASH dans les structures de soins

Toutes les structures de soins respectent les standards minimums de WASH en matière de prévention et de lutte contre les infections, y compris pendant les épidémies.

Actions clés

- 1 Assurer un approvisionnement fiable d'une quantité et qualité d'eau suffisantes et appropriées pour la structure de soins.
 - Stocker suffisamment de réserves d'eau salubre pour au moins 48 heures (0,5 mg/l de chlore résiduel libre) afin de garantir un approvisionnement constant.
 - **Flambées épidémiques** : augmenter les quantités d'eau et ajuster les solutions chlorées selon le type de maladie, les risques et les besoins.
- 2 Prévoir suffisamment d'installations d'évacuation des excréments afin de limiter la transmission des maladies.
 - Fournir des chaises percées et des seaux pour les personnes à mobilité réduite.
 - Nettoyer les sanitaires (toilettes, douches, zone de toilette) avec de l'eau et des détergents. Éviter d'utiliser des détergents puissants dans les toilettes.
 - **Flambées épidémiques** : prévoir des installations d'évacuation des excréments dans chaque zone de la structure de soins.
 - **Flambées épidémiques** : adapter le matériel fourni et les livraisons en fonction de la maladie, comme des lits de choléra et des seaux à vomir ou à excréments.
 - **Flambées épidémiques** : déterminer toute mesure de précaution supplémentaire nécessaire pour le nettoyage, la mise hors service et la vidange des installations et équipements destinés aux excréments.

- 3 Fournir suffisamment de produits et équipements de nettoyage pour que le personnel de santé, les patients et les visiteurs puissent préserver leur hygiène.
- Prévoir des postes de lavage des mains aux endroits importants avec de l'eau salubre, du savon ou un rince-mains à base d'alcool. Séchage à l'air libre ou serviettes à usage unique.
 - **Flambées épidémiques** : prévoir des postes de lavage des mains dans chaque zone.
 - **Flambées épidémiques** : mettre en place des pratiques d'hygiène supplémentaires, comme des bains de pied dans du chlore ou des pulvérisations (selon la maladie), ou le lavage des mains avant de mettre et d'enlever l'équipement de protection individuel (EPI).
 - **Flambées épidémiques** : fournir aux patients des produits d'hygiène spécifiques et les former à leur utilisation avant leur sortie.
- 4 Maintenir un environnement propre et hygiénique.
- Nettoyer les sols et les surfaces de travail horizontales tous les jours avec de l'eau et du détergent.
 - Nettoyer et désinfecter avec une solution chlorée à 0,2 % toute surface potentiellement contaminée.
 - Nettoyer, désinfecter ou stériliser les ustensiles médicaux réutilisables avant chaque utilisation.
 - Désinfecter tous les draps avec une solution chlorée à 0,1 % après les avoir fait tremper s'ils sont visiblement souillés ; stériliser tous les draps des salles d'opération.
 - **Flambées épidémiques** : augmenter la puissance du désinfectant pour le nettoyage des sols et des surfaces contaminées. Envisager des mécanismes spéciaux pour désinfecter les draps.
- 5 Manipuler, traiter et éliminer les déchets correctement.
- Séparer les déchets médicaux à l'endroit où ils sont produits en utilisant la méthodes des « trois poubelles ».
 - Former tout le personnel de santé à la séparation et à la gestion des déchets.
 - S'assurer que les équipes désignées à cet effet portent un EPI pour ramasser, traiter et éliminer les déchets (au minimum des gants et des bottes).
 - **Flambées épidémiques** : augmenter les précautions en matière de manipulation des déchets, en utilisant un EPI intégral basé sur le type de maladie.
- 6 S'assurer que tout le personnel de santé, les patients et les proches utilisent un EPI approprié.
- Fournir un EPI selon le type d'exposition et le niveau de précaution à respecter en matière d'isolement.
 - Former le personnel de santé, les patients et toute autre personne de l'établissement à sélectionner, utiliser et enlever l'EPI.
 - **Flambées épidémiques** : évaluer le type d'exposition prévue et adapter l'EPI selon le type de transmission.



7 Prendre en charge et enterrer les morts d'une façon digne, respectueuse de la culture et sûre conformément aux pratiques de santé publique.

- Tenir compte des traditions locales ainsi que du besoin d'identification et de rapatriement des défunts à leurs familles.
- **Flambées épidémiques** : définir des alternatives avec la communauté si les pratiques habituelles ne sont pas sûres.
- **Flambées épidémiques** : former et équiper les équipes avec un EPI approprié pour procéder aux inhumations.

Indicateurs clés

Tous les agents de santé se lavent les mains en utilisant du savon ou un rince-mains à base d'alcool, avant et après chaque contact avec un patient

Tous les patients et les proches se lavent les mains avant de manipuler ou de manger de la nourriture, et après être allés aux toilettes

Tous les postes de lavage des mains ont du savon ou un rince-mains à base d'alcool (ou une solution chlorée à 0,05 % en cas d'épidémie)

Nombre de postes de lavage des mains

- Minimum : un poste pour 10 patients hospitalisés

Qualité de l'eau potable au point de distribution

- Minimum : 0,5–1 mg/l CRL

Quantité d'eau salubre disponible

- Minimum : 5 litres par patient ambulatoire et par jour
- Minimum : 60 litres par patient et par jour dans un centre de traitement du choléra
- Minimum : 300–400 litres par patient et par jour dans un centre de traitement de la fièvre hémorragique virale

Nombre de toilettes accessibles

- Minimum : 4 dans les zones d'hospitalisation (séparées pour les hommes, les femmes, les enfants et le personnel de santé)
- Minimum : 1 pour 20 patients hospitalisés (séparées pour les hommes, les femmes, les enfants et le personnel de santé)

Notes d'orientation

Les programmes de **prévention et de lutte contre les infections** sont fondamentaux dans toutes les structures de soin, y compris les ambulances et les programmes de santé communautaire. Ils nécessitent l'élaboration de directives sur les précautions standards, les précautions en matière de transmission et les techniques cliniques d'aseptisation. Inclure une équipe dédiée à la prévention et à la

lutte contre les infections dans chaque structure, et prévoir une formation pour le personnel de santé. Les systèmes de surveillance doivent surveiller les infections nosocomiales et la résistance antimicrobienne. Les structures doivent avoir suffisamment de personnel et une charge de travail adaptée. Les lits ne doivent accueillir qu'un seul patient. Les soins doivent être fournis dans un environnement sûr et approprié, construit avec suffisamment d'infrastructures et d'équipements WASH pour maintenir des pratiques d'hygiène saines ⊕ cf. *Standards 1.1 et 1.2 sur les systèmes de santé.*

Qualité et quantité d'eau : Pour le calcul des quantités d'eau requises, se référer à ⊕ *l'annexe 3 : Quantités minimums d'eau.* Les cliniques mobiles doivent avoir pour objectif de respecter les mêmes standards WASH que pour les patients ambulatoires, y compris un accès à une source d'eau salubre et à des toilettes. Garantir au minimum un approvisionnement (et un stockage) pour 48 heures dans chaque structure. Pour les épidémies comme Ebola et le choléra, prévoir un approvisionnement pour 72 heures. Sur les bases des programmes WASH communautaires ⊕ Cf. *Standards 2.1 et 2.2 sur l'approvisionnement en eau.*

Les solutions chlorées suivantes sont nécessaires selon les usages en structures de soins.

| Solution chlorée | Activité de l'établissement médical |
|----------------------------------|---|
| 0,05 % | Lavage des mains Lessive (après le nettoyage) |
| 0,2 % (choléra) 0,5 % (Ebola) | Essuyage des surfaces de travail horizontales après le nettoyage (pour choléra seulement) Nettoyage du matériel, tabliers, bottes, ustensiles de cuisine et couverts Rinçage des bassins, des seaux Nettoyage des surfaces contaminées par des fluides corporels Préparation des dépouilles (Ebola) |
| 2 % | Préparation des dépouilles (choléra) Ajoutée dans les seaux à vomis et à excréments (choléra) |
| 1 % | Solution mère pour eau chlorée |

Gestion des excréments : ⊕ cf. *Standards 3.1 à 3.3 sur la gestion des excréments* pour des conseils sur la gestion des excréments en général, et ⊕ *le Standard 1.3 sur l'hygiène : Gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence* pour des informations précises sur le matériel.

Prévoir des toilettes appropriées du point de vue technique et culturel, avec des toilettes séparées, dotées d'un verrou et bien éclairées, avec suffisamment d'espace pour que les proches puissent aider les patients. Toutes les installations sanitaires (toilettes, douches, zone de lavage) doivent être nettoyées avec de l'eau et du détergent. Éviter d'utiliser des désinfectants puissants à l'intérieur des toilettes (surtout en cas de fosse septique) car cela perturbe le processus de biodégradation de certains agents pathogènes.



Pendant une épidémie, prendre des précautions supplémentaires pour le nettoyage, la mise hors service ou la vidange des installations et équipements destinés aux excréments (par exemple, solution chlorée pour le nettoyage, traitement avec de la chaux vive ou du chlore).

Les eaux grises : Le minimum requis est d'éliminer les eaux grises en utilisant un piège à graisse et un puits d'absorption. S'assurer qu'il est clôturé pour empêcher que le public ne les trafique.

Les déchets médicaux contiennent des organismes infectieux comme le VIH ou l'hépatite B, qui peuvent également contaminer le sol et les sources d'eau. Appliquer au minimum la méthode des trois poubelles pour ramasser et séparer les déchets aussitôt qu'ils sont produits :

| Catégorie | Exemple | Couleur/étiquette du conteneur |
|---|--|--|
| Déchets ordinaires Non dangereux | Papier | Noir |
| Objets coupants usagés Dangereux, infectieux | Aiguilles, scalpels, dispositifs de perfusion, verre brisé, flacons vides | Jaune, étiquette « OBJETS COUPANTS », étanche et antiperforation |
| Objets non coupants Dangereux, infectieux | Matériaux contaminés par des fluides corporels : écouvillons, pansements, sutures, cultures de laboratoire | Jaune, étiqueté et antiuite |

Il peut être nécessaire de séparer encore davantage les déchets, notamment les déchets pathologiques (tissus humains), pharmaceutiques et chimiques (réactifs de laboratoire). Ramasser les déchets triés de la zone médicale au moins une fois par jour, et immédiatement s'ils sont très infectieux. Utiliser des chariots pour transporter les déchets en suivant un parcours défini vers les zones prévues à cet effet et en interdisant au public d'y accéder. Les conteneurs à déchets, les chariots et les zones de stockage doivent être désinfectés régulièrement. Vacciner contre l'hépatite B et le tétanos toute personne manipulant les déchets médicaux.

Traiter et éliminer les déchets en fonction des installations disponibles :

| Catégorie | Traitement et élimination |
|----------------------------------|--|
| Général | Recycler, brûler ou enterrer Décharge municipale |
| Objets coupants usagés | Fosse à déchets pointus Encapsuler et enterrer dans une décharge Incinérer (pas les flacons) puis brûler dans une fosse de cendres (avec prudence car les lames ne sont peut-être pas émoussées) |
| Infectieux (non coupants) | Fosse d'enfouissement (couvrir les déchets avec de la chaux vive) Incinérer puis brûler dans une fosse de cendres Autoclave ou traitement chimique |

| Catégorie | Traitement et élimination |
|-------------------|---|
| Pathologique | Varie selon les normes socioculturelles : Fosses d'enfouissement (par exemple, fosse à placenta) ou sites d'enfouissement Crémation |
| Pharmaceutique | Respecter les directives nationales si possible ou renvoyer au fournisseur Encapsuler et éliminer dans une décharge Incinérateurs spéciaux (>1 200 degrés Celsius) |
| Déchets chimiques | Respecter les directives nationales si possible ou renvoyer au fournisseur Les petites quantités peuvent être incinérées ou encapsulées Traiter dans une usine de traitement ou un four rotatif |

Les incinérateurs doivent brûler à plus de 900 degrés Celsius et posséder une double enceinte. Les incinérateurs de basse qualité génèrent des émissions toxiques et des polluants atmosphériques et ne permettent pas une stérilisation complète. Toutes les fosses et tous les incinérateurs doivent être construits d'après les normes internationales et nationales, exploités, entretenus et mis hors service de façon conforme.

Un équipement de protection individuel (EPI) est obligatoire pour la conformité avec les protocoles PLI et afin de garantir que les patients, les familles et le personnel ne sont pas exposés à davantage de risques.

Évaluer le type d'exposition prévue (éclaboussure, pulvérisation, contact ou toucher) et la catégorie de transmission de la maladie. Utiliser un équipement bien doté, durable et approprié (par exemple résistant aux fluides ou étanche aux fluides).

Un EPI de base protège celui qui le porte contre l'exposition au sang, aux fluides corporels, aux sécrétions et aux excréments. Il comprend : gants en cas de contact avec du matériel infecté ; blouses/tabliers lorsque les vêtements ou des parties visibles de la peau sont en contact avec du matériel infecté ; protection du visage comme masque, lunettes ou écran pour se protéger des éclaboussures, gouttelettes ou pulvérisations. Un EPI supplémentaire peut également devoir être porté selon le type de transmission de la maladie : contact (par ex. blouses et gants dans la zone du patient) ; gouttelettes (masques chirurgicaux à moins d'1 mètre du patient) ; et aérien (notamment les respirateurs).

Jeter l'EPI à usage unique dans les poubelles (comme des tonneaux de 220 litres) situées à l'entrée de la zone de déshabillage. Ramasser et amener les poubelles dans la zone de gestion des déchets prévue à cet effet. Placer les EPI réutilisables, comme les lunettes et les gants à usage intensif, dans des bacs contenant une solution chlorée à 0,5 %. Les nettoyer, lessiver, réparer et ranger de façon appropriée.

Une solution chlorée à 0,5 % doit être disponible pour laver les mains ayant porté des gants après chaque étape de déshabillage. Prévoir un poste de lavage des mains avec solution chlorée à 0,05 % distinct comme étape finale au processus de déshabillage.



Gestion des dépouilles : Promouvoir une inhumation des dépouilles sûre, digne et respectueuse de la culture, en prévoyant l'identification de toutes les personnes. Laisser les personnes identifier les membres de leur famille et organiser les funérailles. Ne pas jeter les dépouilles dans des fosses communes sans cérémonie. Les inhumations de masse peuvent compliquer l'obtention des certificats de décès nécessaires pour l'exercice de droits légaux. Tenir compte des éventuels problèmes légaux lors de l'inhumation de victimes de violence cf. *Les systèmes de santé Standard 1.1 : prestations des services de santé*.

Des précautions spéciales, comme la préparation des dépouilles avec une solution chlorée, peuvent être nécessaires pendant les épidémies, selon l'agent pathogène responsable de la maladie et son mode de transmission. Les rituels de nettoyage et de présentation des morts peuvent augmenter la probabilité de transmission de maladie, mais le non-respect des sensibilités culturelles peut conduire à l'organisation d'enterrements en secret et non signalés.

Le personnel de santé et les équipes chargées de l'inhumation doivent toujours porter un EPI. Soutenir les personnes chargées de l'inhumation dans la communauté par le biais de services psychosociaux. Collaborer avec les chefs de communauté pour prévenir la stigmatisation des personnes exécutant cette tâche.

Arrêt d'une structure : Consulter la communauté, les autorités locales et les acteurs humanitaires pour décider de la façon de mettre un terme à une structure de soin temporaire au cours d'une intervention.

Annexe 1

Check-list pour l'évaluation initiale des besoins d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de promotion de l'hygiène

Cette liste de questions est principalement destinée à évaluer les besoins, déterminer les ressources et décrire les conditions locales. Elle n'inclue pas de questions permettant de déterminer les ressources externes nécessaires en plus de celles qui sont immédiatement disponibles au niveau local.

Général

- Combien de personnes sont touchées et où se trouvent-elles ? Ventiler les données en fonction du sexe, de l'âge, du handicap, etc.
- Quels sont les déplacements que feront probablement ces personnes ? Quels sont les facteurs à prendre en compte pour assurer la sécurité des personnes touchées et celle des intervenants humanitaires potentiels ?
- Quelles sont les maladies actuelles, répandues ou potentielles liées aux composantes WASH ?
- Qui sont les principales personnes à consulter ou avec qui prendre contact ?
- Qui sont les personnes vulnérables au sein de la population et pourquoi ?
- Y a-t-il un accès égal pour tous aux installations existantes, notamment dans les endroits publics, les centres de santé et les écoles ?
- Quels sont les risques particuliers en matière de sécurité pour les femmes et les filles, les hommes et les garçons ? Et les groupes à risque ?
- Quelles étaient les pratiques en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène auxquelles la population était habituée avant la crise ?
- Quelles sont les structures de pouvoir formelles et informelles (par exemple, chefs de communauté, anciens, groupes de femmes) ?
- Comment les décisions sont-elles prises dans les familles et dans la communauté ?
- Y a-t-il un accès aux marchés locaux ? Quels produits et services WASH sont disponibles sur le marché avant et pendant la crise ?
- Les personnes ont-ils accès à de l'argent liquide et/ou du crédit ?
- Y a-t-il des variations saisonnières susceptibles de limiter les conditions d'accès ou d'augmenter les besoins de main d'œuvre pendant la période des récoltes, par exemple ?
- Quelles sont les principales autorités avec lesquelles il convient d'être en lien et de collaborer ?
- Qui sont les partenaires locaux dans la zone géographique (groupes de la société civile ayant une capacité similaire dans les domaines WASH et la participation communautaire) ?



Promotion de l'hygiène

- Quelles étaient les pratiques en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène auxquelles les personnes étaient habituées avant la crise ?
- Quelles pratiques sont néfastes pour la santé, qui y recourt et pourquoi ?
- Quelles personnes continuent d'avoir des habitudes d'hygiène positives, et dans quoi trouvent-elles la capacité et la motivation pour les conserver ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients d'une proposition de changement dans les habitudes ?
- Quels sont les moyens de communication et de proximité existants, formels ou informels (agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels, clubs, coopératives, églises et mosquées, etc.) ?
- Y a-t-il un accès aux médias de masse dans la région (radio, télévision, vidéo, journaux, etc.) ?
- Quels médias et/ou organisations non gouvernementales (ONG) sont présents au niveau local ?
- Quels segments de la population peuvent et doivent être ciblés (mères, enfants, chefs communautaires, chefs religieux, etc.) ?
- Quel type d'action de proximité pourrait fonctionner dans ce contexte (volontaires ou travailleurs ou promoteurs de l'hygiène communautaire, clubs santé dans les écoles, comités WASH) pour assurer une mobilisation à court et à moyen terme ?
- Quels sont les besoins d'apprentissage parmi le personnel et les travailleurs de proximité de la communauté chargés de la promotion de l'hygiène ?
- Quels sont les articles non alimentaires disponibles, et quels sont les articles les plus urgents en fonction des préférences et des besoins ?
- À quels marchés les personnes se rendent-elles pour acheter leurs produits d'hygiène de base ? Cet accès a-t-il évolué (coût, diversité, qualité) depuis la crise ?
- Comment les familles ont-elles accès à leurs produits d'hygiène élémentaire ? Qui prend les décisions concernant les articles à acheter en priorité ?
- Quelle est l'efficacité des pratiques d'hygiène dans les structures de soins (question très importante dans les situations d'épidémies) ?
- Quels sont les besoins et les préférences des femmes et des adolescentes en matière de pratiques d'hygiène menstruelle ?
- Quels sont les besoins et les préférences des personnes souffrant d'incontinence ?

Approvisionnement en eau

- Quelle est la source d'approvisionnement en eau utilisée actuellement et qui sont les utilisateurs ?
- Quelle est la quantité d'eau disponible par personne et par jour ?

- À quelle fréquence journalière et hebdomadaire l'approvisionnement en eau est-il disponible ?
- L'eau disponible à la source suffit-elle pour les besoins à court terme et à long terme de tous les groupes de la population ?
- Les points d'approvisionnement en eau sont-ils suffisamment proches des lieux d'habitation ? Sont-ils sûrs ?
- L'approvisionnement actuel en eau est-il fable ? Combien de temps durera-t-il ?
- Les personnes disposent-elles d'un nombre suffisant de conteneurs à eau de dimensions et de type appropriés (collecte et stockage) ?
- La source d'eau est-elle contaminée ou risque-t-elle de l'être (contamination microbiologique, chimique ou radiologique) ?
- Y a-t-il un système de traitement de l'eau ? Un traitement est-il nécessaire ? Est-il possible ? Quel genre de traitement faut-il ?
- La désinfection est-elle nécessaire ? La communauté a-t-elle des problèmes avec le goût de l'eau et l'acceptation liée au goût et à l'odeur du chlore ?
- Y a-t-il d'autres sources d'eau possibles à proximité ?
- Quelles sont les croyances et les pratiques traditionnelles concernant la collecte, le stockage et l'utilisation de l'eau ?
- Y a-t-il des obstacles à l'utilisation des sources d'eau disponibles ?
- Est-il possible de déplacer la population si les sources d'eau sont inadéquates ?
- Quelles sont les alternatives si les sources d'eau ne conviennent pas ?
- Existe-il des croyances et des pratiques traditionnelles concernant l'hygiène (par exemple, durant l'épidémie de choléra en Haïti, la maladie était associée à la culture vaudou) ? Parmi ces croyances et ces pratiques, en existe-t-il qui soient utiles ou néfastes ?
- Quels sont les principaux problèmes d'hygiène liés à l'approvisionnement en eau ?
- Les personnes achètent-elles de l'eau ? Si oui, où, à quel prix et dans quel but ? Cet accès a-t-il évolué (coût, qualité, régularité de la livraison) depuis la crise ?
- Les personnes ont-elles les moyens d'utiliser l'eau de façon hygiénique ?
- Les points d'eau, les zones de lessive et de toilettes sont-ils correctement drainés ?
- Le type de sol est-il adapté à la gestion sur site ou hors site de l'eau en provenance des points d'eau, des zones de lessive et de toilette ? Un test de perméabilité du sol a-t-il été réalisé ?
- Dans le cas d'un déplacement en zone rurale, quelle est la source habituelle d'approvisionnement en eau pour le bétail ?
- Doit-on s'attendre à une incidence sur l'environnement résultant d'éventuelles mesures d'approvisionnement en eau, de prélèvement d'eau et d'utilisation des sources d'eau ?
- Quels sont actuellement les autres utilisateurs des sources ? Y a-t-il un risque de conflit si les sources sont utilisées pour la nouvelle population ?
- Quelles sont les possibilités de collaborer avec le secteur privé et/ou public pour l'approvisionnement en eau ? Quels sont les obstacles et possibilités qui peuvent servir à alimenter l'analyse de l'intervention et les recommandations ?



- Quelles sont les obligations nécessaires en matière d'exploitation et de maintenance ? Quelle est la capacité disponible pour y répondre à court et à long terme ? Qui doit en avoir la responsabilité ?
- Existe-t-il des mécanismes ou un système de financement en place ou potentiel pour couvrir les frais de maintenance et d'exploitation ?
- Comment la population d'accueil a-t-elle accès à l'eau et s'assure-t-elle que l'eau est sûre au point d'utilisation ?

Évacuation des excréments

- L'environnement est-il exempt de matières fécales ?
- Existe-t-il des pratiques de défécation à l'air libre, y a-t-il une zone désignée à cet effet ?
- Existe-t-il déjà des installations ? Si oui, sont-elles utilisées ? Sont-elles suffisantes ? Fonctionnent-elles bien ? Peuvent-elles être agrandies ou adaptées ?
- Les installations sont-elles sûres et décentes : éclairées, équipées de verrous, de panneaux de séparation ? Les personnes peuvent-elles accéder aux toilettes la nuit et le jour ? Si cela n'est pas possible la nuit, quelles sont les alternatives ?
- À quelles pratiques de gestion des excréments la population d'accueil recourt-elle ?
- La pratique actuelle en matière de défécation représente-t-elle une menace pour les réserves d'eau (eaux de surface ou eaux souterraines), pour les espaces d'habitation ou pour l'environnement en général ?
- Existe-t-il des normes socio-culturelles à respecter dans la conception des toilettes ?
- Les personnes sont-elles familières de la conception, de la construction et de l'utilisation des toilettes ?
- Quels sont les matériaux locaux disponibles pour la construction de toilettes ?
- Le compostage est-il accepté et pratiqué ?
- À partir de quel âge les enfants commencent-ils à utiliser les toilettes ?
- Que fait-on des scelles des nourrissons et des jeunes enfants ?
- Quelle est le dénivelé du terrain ?
- Quel est le niveau de la nappe phréatique ?
- L'état du sol se prête-t-il à l'évacuation sur site des excréments ?
- Les dispositions actuelles en matière d'évacuation des excréments encouragent-elles les vecteurs de maladies ?
- Y a-t-il du matériel ou de l'eau disponibles pour la toilette anale ? Comment les gens éliminent-ils normalement ce matériel ?
- Les gens se lavent-ils les mains après la défécation et avant la préparation et la consommation de nourriture ? Y a-t-il du savon ou d'autres produits de nettoyage et de l'eau près des toilettes ou au sein du foyer ?
- Comment les femmes gèrent-elles les questions liées à la menstruation ? Y a-t-il du matériel ou des installations appropriées disponibles à cet effet ?

- Y a-t-il à disposition des installations ou des équipements spécifiques permettant l'accès des sanitaires aux personnes handicapées, aux personnes vivant avec le VIH, aux personnes souffrant d'incontinence ou aux patients immobilisés dans un centre médical ?
- Évaluer les questions touchant à l'environnement : l'extraction de matières premières par exemple, comme le sable et le gravier à des fins de construction, et la protection de l'environnement contre les matières fécales.
- La communauté compte-elle des travailleurs qualifiés, comme des maçons et des charpentiers, ainsi que des travailleurs non qualifiés ?
- Y a-t-il des vidangeurs disponibles ou des camions de vidange ? Les matières fécales collectées sont-elles actuellement éliminées de façon sûre et appropriée ?
- Quelle est la stratégie adéquate pour la gestion des excréments, y compris le confinement, la vidange, le traitement et l'élimination ?

Maladies transmises par des vecteurs

- Quels sont les risques de maladies transmises par des vecteurs, et à quel point ces risques sont-ils graves ?
- Quels cycles quotidiens ou saisonniers suivent les vecteurs locaux en ce qui concerne la reproduction, le repos et l'alimentation ?
- Y a-t-il des croyances et des pratiques traditionnelles (par exemple, la croyance que le paludisme est causé par une eau insalubre) liées aux vecteurs et aux maladies qu'ils transmettent ? Parmi ces croyances et ces pratiques, en existe-t-il qui soient utiles ou néfastes ?
- Si les risques de maladies transmises par des vecteurs sont élevés, les personnes à risque ont-elles accès à une protection individuelle ?
- Est-il possible d'apporter des changements à l'environnement local (drainage, débroussaillage, évacuation des excréments, l'élimination des ordures, etc.) pour prévenir la prolifération des vecteurs ?
- Est-il nécessaire de lutter contre les vecteurs par des moyens chimiques ? Quels sont les programmes, les réglementations et les ressources existants en matière de lutte antivectorielle et d'utilisation de produits chimiques ?
- Quelles informations faut-il donner et quelles mesures de précaution faut-il prescrire aux ménages ?

Gestion des déchets solides

- L'accumulation des déchets solides constitue-t-elle un problème ?
- Comment les personnes se débarrassent-elles de leurs déchets ? Quels sont les types et les quantités de déchets solides produits ?
- Les déchets solides peuvent-ils être éliminés sur site, ou faut-il les ramasser et les éliminer en dehors du site ?
- Quelle est la pratique normale concernant l'élimination des déchets solides pour les personnes affectées (compost et/ou trous à ordures, système de ramassage, poubelles) ?



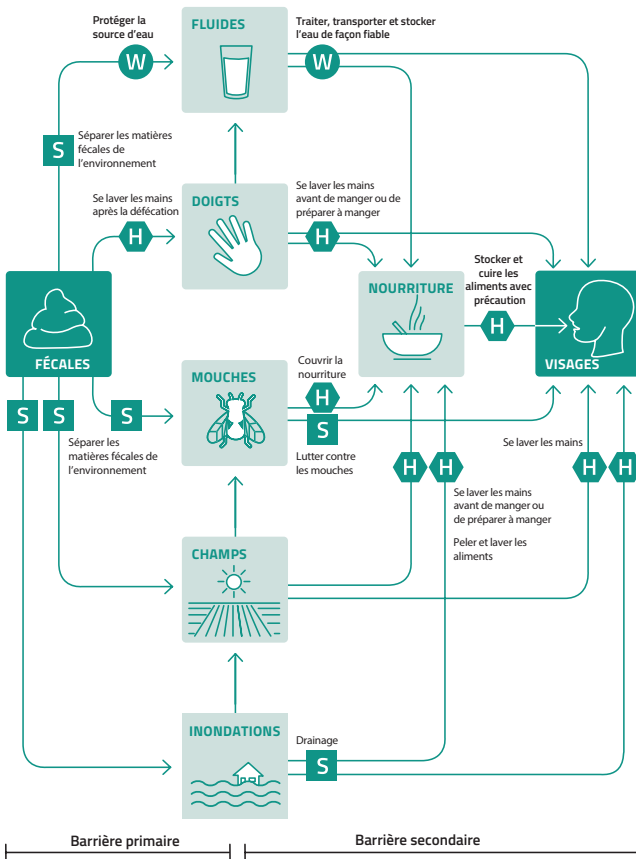
- Y a-t-il des installations et des activités médicales génératrices de déchets ? Comment ces déchets sont-ils éliminés ? Qui en est responsable ?
- Où les produits hygiéniques jetables sont-ils jetés (par exemple les couches des enfants, les serviettes et tampons hygiéniques, et les produits d'incontinence) ? Leur élimination se fait-elle de manière discrète et efficace ?
- Quel est l'incidence du système actuel d'élimination des déchets solides sur l'environnement ?
- Quelle est la capacité de gestion des déchets solides des secteurs public et privé ?

Annexe 2

Le diagramme F – Schéma des voies de transmission oro-fécale des maladies diarrhéiques

- W** WATER
- S** SANITATION
- H** HYGIENE

Les barrières peuvent arrêter la transmission des maladies; elles peuvent être primaires (empêcher le premier contact avec les matières fécales) ou secondaires (empêcher l'ingestion par une nouvelle personne). Il est possible de lutter contre les maladies par des interventions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène.



Les 5 points capitaux : matières fécales, fluides, doigts, mouches et nourriture (Figure 5)

Source : Water, Engineering and Development Centre (Centre de l'eau, de la technologie et du développement)

Annexe 3

Quantités minimums d'eau : quantités pour assurer la survie et quantification des besoins en eau

| | |
|--|---|
| Survie : consommation d'eau (boisson et alimentation) | 2,5–3 litres par personne et par jour (selon le climat et la physiologie individuelle) |
| Pratiques d'hygiène de base | 2–6 litres par personne et par jour (selon les normes culturelles et sociales) |
| Besoins de base pour la cuisine | 3–6 litres par personne et par jour (selon le type d'aliments, les normes culturelles et sociales) |
| Centres de santé et hôpitaux | 5 litres par patient ambulatoire 40–60 litres par patient hospitalisé par jour 100 litres par intervention chirurgicale et accouchement Des quantités supplémentaires peuvent être nécessaires pour l'équipement de blanchisserie, les chasses d'eau des toilettes, etc. |
| Centres de traitement du choléra | 60 litres par patient et par jour 15 litres par soignant et par jour |
| Centre de traitement de fièvre hémorragique virale | 300–400 litres par patient et par jour |
| Centres d'alimentation thérapeutique | 30 litres par patient hospitalisé par jour 15 litres par soignant et par jour |
| Clinique mobile avec visites irrégulières | 1 litre par patient par jour |
| Clinique mobile avec visites régulières | 5 litres par patient et par jour |
| Points de réhydratation orale (PRO) | 10 litres par patient et par jour |
| Centres d'accueil/transit | 15 litres par personne et par jour si le séjour dure plus d'un jour 3 litres par personne et par jour si le séjour est limité à une journée |
| Écoles | 3 litres par élève et par jour pour la boisson et le lavage des mains (utilisation pour les toilettes non incluse : voir ci-après Toilettes publiques) |
| Mosquées | 2 à 5 litres par personne et par jour pour se laver et boire |
| Toilettes publiques | 1 à 2 litres par utilisateur pour le lavage des mains 2 à 8 litres par cabine et par jour pour le nettoyage des toilettes |
| Toutes les toilettes à chasse d'eau | 20 à 40 litres par utilisateur et par jour pour les toilettes conventionnelles à chasse d'eau mécanique raccordées aux égouts 3 à 5 litres par utilisateur et par jour pour les toilettes à chasse manuelle |
| Toilette anale | 1–2 litres par personne par jour |
| Bétail | 20 à 30 litres par animal de grande ou moyenne taille et par jour 5 litres par petit animal et par jour |

Annexe 4

Nombre minimum de toilettes : communauté, lieux publics et institutions

| Lieu | Court terme | Moyen et long terme |
|----------------------------------|--|--|
| Communauté | 1 toilette pour 50 personnes (commune) | 1 toilette pour 20 personnes (familiale) 1 toilette pour 5 personnes ou 1 famille |
| Zones de marché | 1 toilette pour 50 stands | 1 toilette pour 20 stands |
| Hôpitaux/centres de santé | 1 toilette pour 20 lits ou 50 patients ambulatoires | 1 toilette pour 10 lits ou 20 patients ambulatoires |
| Centres d'alimentation | 1 toilette pour 50 adultes 1 toilette pour 20 enfants | 1 toilette pour 20 adultes 1 toilette pour 10 enfants |
| Centres d'accueil/transit | 1 toilette pour 50 personnes ratio femmes/hommes 3/1 | |
| Écoles | 1 toilette pour 30 filles 1 toilette pour 60 garçons | 1 toilette pour 30 filles 1 toilette pour 60 garçons |
| Bureaux | | 1 toilette pour 20 employés |

Source : adapté de Harvey, Baghri et Reed (2002).

Note : Lorsque la situation le permet, avoir pour objectif des toilettes familiales partagées, voire mieux : des toilettes dans le foyer dès le début, afin de renforcer l'acceptation, l'appropriation et des interventions en assainissement adaptées culturellement.

Note : Dans la communauté, le même nombre de toilettes pour 50 personnes (court-terme) ou 20 personnes (long-terme) devrait être fourni.



Annexe 5

Maladies liées à l'eau et à l'assainissement

1. Classification environnementale des infections liées à l'eau

| Catégorie | Infection | Agent pathogène |
|---|---|---|
| 1) Oro-fécale (transmise par l'eau ou propagée par l'eau) a) Diarrhées et dysenteries | Dysenterie amibienne Balantidiasé Entérite à <i>Campylobacter</i> Choléra Cryptosporidiose Diarrhée liée à <i>E. coli</i> Giardiase Diarrhée à rotavirus Salmonellose Shigellose Yersiniose | Protozoaire Protozoaire Bactérie Bactérie Protozoaire Bactérie Protozoaire Virus Bactérie Bactérie Bactérie |
| b) Fièvres entériques | Typhoïde Paratyphoïde Poliomyélite Hépatite A Leptospirose Ascariidiasé Trichocéphalose | Bactérie Bactérie Virus Virus Spirochète Helminthe Helminthe |
| 2) Due au manque d'hygiène/d'eau de bonne qualité a) Infections oculaires et cutanées | Maladies cutanées infectieuses Maladies oculaires infectieuses | Divers Divers |
| b) Autre | Typhus à poux Fièvre récurrente à poux | Rickettsies Spirochète |
| 3) Due à l'eau contaminée a) Pénétrant la peau | Schistosomiase (bilharziose) | Helminthe |
| b) Ingérée | Ver de Guinée Clonorchiasé Diphyllbothriose Paragonimiasé Autres | Helminthe Helminthe Helminthe Helminthe Helminthe |
| 4) Insecte vecteur lié à l'eau a) Mordant près de l'eau | Maladie du sommeil | Protozoaire |
| b) Se reproduisant dans l'eau | Filariose Paludisme Onchocercose Virus transmis par les moustiques Fièvre jaune Dengue Autres | Helminthe Protozoaire Helminthe Virus Virus Virus |

Source : ACF : Eau, assainissement et hygiène pour les populations à risque, Annexe 5, page 675

2. Classification environnementale des infections liées aux excréments

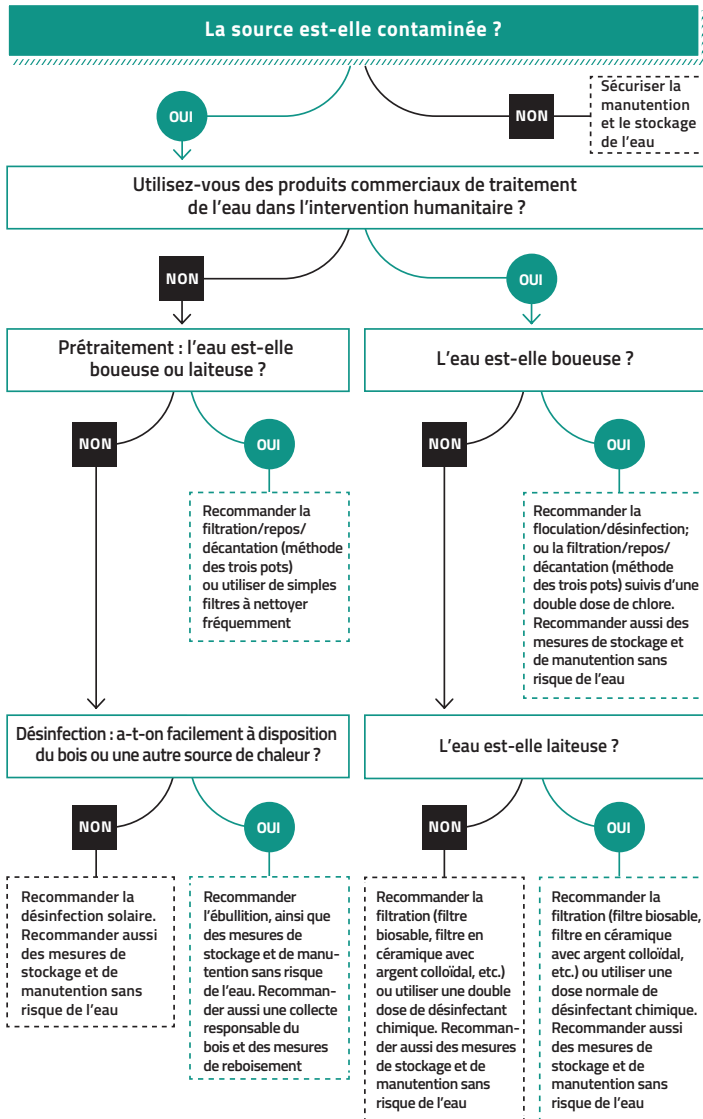
| Catégorie | Infection | Agent pathogène | Principaux mécanismes de transmission | Principale mesure de lutte (mesures d'ingénierie en italique) |
|--|---|--|--|--|
| 1) Oro-fécale (non bactérienne) Non-latente, faible dose infectieuse | Poliomyélite Hépatite A Diarrhée à rotavirus Dysenterie amibienne Giardiase Balantidiase Oxyurose Hyménoépiase | Virus Virus Virus Protozoaire Protozoaire Protozoaire Helminthe Helminthe | Contact de personne à personne Contamination domestique | Approvisionnement en eau domestique Amélioration de l'habitat Fourniture de toilettes Éducation à la santé |
| 2) Oro-fécale (bactérienne) Non-latente, dose infectieuse moyenne ou élevée Persistance modérée et capacité de multiplication | Diarrhées et dysenteries Entérite à Campylobacter Choléra Diarrhée liée à <i>E. coli</i> Salmonellose Shigellose Yersiniose Fièvres entériques Typhoïde Paratyphoïde | Bactérie Bactérie Bactérie Bactérie Bactérie Bactérie Bactérie Bactérie Bactérie | Contact de personne à personne Contamination domestique Contamination de l'eau Contamination des cultures | Approvisionnement en eau domestique Amélioration de l'habitat Fourniture de toilettes Traitement des excréments avant réutilisation ou évacuation Éducation à la santé |
| 3) Helminthes transmis par le sol Latente et persistante sans hôte intermédiaire | Ascariadiase (ver rond) Trichocéphalose (ver trichocéphale) Ankylostomiase Anguillulose (strongyloïdose) | Helminthe Helminthe Helminthe Helminthe | Contamination du jardin Contamination du sol dans la zone de défécation communautaire Contamination des cultures | Fourniture de toilettes avec sols propres Traitement des excréments avant épandage dans les terres |
| 4) Ténia du porc et du bœuf Latente et persistante avec vache ou cochon comme hôte intermédiaire | Tœniasis (téniasie) | Helminthe | Contamination du jardin Contamination du champ Contamination du fourrage | Fourniture de toilettes Traitement des excréments avant épandage dans les terres Inspection de la cuisson et de la viande |



| Catégorie | Infection | Agent pathogène | Principaux mécanismes de transmission | Principale mesure de lutte (mesures d'ingénierie en italique) |
|---|---|--|---|---|
| 5) Helminthes de l'eau Latente et persistante avec hôte(s) intermédiaire(s) aquatique(s) | Schistosomiase (bilharziose) Clonorchiose Diphyllobothriose Paragonimiasse | Helminthe Helminthe Helminthe Helminthe | Contamination de l'eau | Fourniture de toilettes Traitement des excréments avant élimination Lutte contre les animaux porteurs de l'infection Cuisson |
| 6) Insectes vecteurs liés aux excréments | Infections à la filariose (transmis par les moustiques <i>Culex pipiens</i>) Infections dans les catégories I–IV, notamment I et II, qui peuvent être transmises par les mouches et les cafards | Helminthe Divers | Les insectes se reproduisent dans différents sites contaminés par des scelles | Identification et élimination des sites de reproduction éventuels Utilisation de moustiquaires |

Annexe 6

Arborescence de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique



Arborescence de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique (Figure 6)

Source : Adapté de FICR (2008): Traitement et stockage sûr de l'eau à domicile dans des situations d'urgence



Références et bibliographie complémentaire

Généralités/Droit à l'eau

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies 64/292. Le droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement. 2010. <http://www.un.org>

Effet du programme WASH sur la santé

Bartram, J. Cairncross, S. "Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." *PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises*. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." *Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. "Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. "Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." *PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. "Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." *Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

Programmes WASH efficaces

Eau, assainissement, hygiène pour les populations à risques. ACF, 2005. <https://www.actioncontrelafaim.org>

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies (2nd ed)*. ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Technicien sanitaire en situations précaires. MSF, 2010. <http://refbooks.msf.org>

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Compendium de technologies AEPHA accessibles. WaterAid et WEDC, 2014. <https://washmatters.wateraid.org>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review* <https://www.developmentbookshelf.com>

Protection et WASH

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. <https://www.cbm.org>

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services.* WaterAid/SHARE, 2014. <http://violence-WASH.lboro.ac>

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility.* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Promotion de l'hygiène/changement de comportement

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review.* *Systematic Review* 36. International Initiative for Impact Evaluation, Juin 2017. www.3ieimpact.org

Curtis, V. Cairncross, S. "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." *Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81.

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development.* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. "Hygiene and health: systematic review of hand-washing practices worldwide and update of health effects." *Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Rabie, T. Curtis, V. "Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." *Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. <http://washcluster.net>

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. "Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." *Trop Med Int Health*, 2017.

Hygiène menstruelle

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners.* WaterAid. <https://washmatters.wateraid.org>

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *Un instrument destiné à intégrer la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans la réponse humanitaire.* Columbia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. <https://www.rescue.org>



Incontinence

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." *Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, et al. "Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" *Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

Gestion des excréments

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." *Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies*. German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. <http://hsrc.himmelfarb.gwu.edu>

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual*. An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

Traitement de l'eau

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. "Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." *Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." *Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Point-of-use water treatment in emergencies." *Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. "Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

Qualité de l'eau

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. "Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review." PubMed, 2015.

Directives de qualité pour l'eau de boisson. OMS, 2017. <http://www.who.int>

Lutte antivectorielle

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals.* WEDC, Loughborough University, 1999. UK. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations.* Oxfam GB, 1995. <https://policy-practice.oxfam.org>

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. <http://washcluster.net>

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. WHO, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Gestion des déchets solides

Fiches techniques Eau, Hygiène et Assainissement en situation d'urgence, no.7 : Gestion des déchets solides en situation d'urgence. OMS, 2013. <http://www.who.int>

Guide pour la gestion des déchets post-catastrophe. UNOCHA, MSB et UNEP, 2013. <http://eecentre.org>

WASH dans les épidémies

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. "Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." *Waterlines*, vol. 31, 2012.

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. *Interventions novatrices dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) pour prévenir le choléra.* *WHO Wkly Epid Rec.* Octobre 2, 2015.

Prise en charge d'une épidémie de choléra. MSF, 2017. <https://sherlog.msf.org>

Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. OMS, 2008. <http://www.who.int>

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. <https://policy-practice.oxfam.org>



Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. *“The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review.” PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. <http://journals.plos.org>

Guide pratique de lutte contre le choléra. UNICEF, 2017. <https://www.unicef.org>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017. <https://policy-practice.oxfam.org>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *“Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence.” Waterlines*, vol. 37, no. 1, pp. 5–30. <https://www.developmentbookshelf.com>

Prévention et lutte contre les infections

Manuel de gestion de déchets médicaux. CICR, 2011. <https://www.icrc.org>

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. <http://icrcndresourcecentre.org>

Gestion des dépouilles mortelles lors de catastrophes : manuel pratique à l'usage des premiers intervenants. Deuxième édition. CICR, FICR, 2016. <https://www.icrc.org>

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

Buanderies MSF pour les bleus. MSF, 2016. <https://sherlog.msf.org>

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

Besoins essentiels en eau et assainissement dans les structures de santé. MSF, 2009.

Lignes directrices sur les principales composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée. OMS, 2016. <http://apps.who.int>

Principes directeurs pour l'élimination sans risques des produits pharmaceutiques non utilisés pendant et après les situations d'urgence. OMS, 1999. <http://apps.who.int>

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins. OMS, 2010. <http://www.who.int>

L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé. UNICEF, OMS, 2015. <http://www.who.int>

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. <http://www.who.int>

WASH et nutrition

WASH'NUTRITION 2017 Guide pratique pour un meilleur impact nutritionnel grâce aux programmes intégrés WASH et nutrition. Action Contre la Faim (ACF), 2017. <https://www.actioncontrelafaim.org>

BABYWASH et les 1000 jours : Interventions pratiques pour la réduction de la sous-nutrition chronique. Action Contre la Faim (ACF), 2017. <https://www.accioncontraelhambre.org>

Altmann, M. et al. *“Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad.”* The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 98, no. 4, Avr 2018, pp. 1005-12. <https://www.ajtmh.org>

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com>

Null, C. et al. (2018) *“Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial.”* The Lancet: Global Health, vol. 6, no. 3, Mars 2018, pp. e316-e329. <https://www.sciencedirect.com>

WASH, argent liquide et marchés

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Bibliographie complémentaire

Pour des suggestions de lectures complémentaires, vous référer à : www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Bibliographie complémentaire

Généralités/Droit à l'eau

Le droit à l'eau : Fiche d'information n° 35. OHCHR, ONU-HABITAT et OMS, 2010. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet35_Fr.pdf

2,1 milliards de personnes n'ont pas d'eau potable à domicile et plus du double ne disposent pas d'assainissement sûr. OMS, 2017. <http://www.who.int/fr/news-room/detail/12-07-2017-2-1-billion-people-lack-safe-drinking-water-at-home-more-than-twice-as-many-lack-safe-sanitation>

Généralités/Environnement

Environment Marker – Guidance Note. UNOCHA & UNEP, 2014. www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Programmes WASH efficaces

Réduction des risques des catastrophes et eau, hygiène et assainissement : Directives complètes. https://www.preventionweb.net/files/25105_34556comprehensiveguidancefrench1.pdf

WASH et protection

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/>

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

Promotion de l'hygiène/changement de comportement

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF, France, 2013.

Curtis, V. Schmidt, W. et al. "Hygiene: new hopes, new horizons." *Lancet Infect Dis*, vol. 11, 2011, pp. 312-21.

Harvey, P. Baghiri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2001. <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676> or [http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20\(WEDC\).pdf](http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf)

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Kittle, B. *Guide Pratique pour la Conduite d'une Analyse des Barrières.* Helen Keller International, New York, 2013. http://coregroup.secure.nonprofitsoapbox.com/storage/documents/Resources/Tools/BK_Ap__26_Guide_Pratique_pour_la_Conduite_dune_Etude_AB.pdf



Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication pour un impact comportemental (COMBI). Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques. OMS, 2012. http://www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/fr/

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights*. In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

Hygiène menstruelle

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world*. WaterAid/SHARE, 2012. <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf>

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts*. UNHCR Publication, 2016. <http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/>

Gestion des excréments

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. *Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Qualité de l'eau

Fewtrell, L. "Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion." *Environ Health Perspectives*, vol. 112, no. 14, Oct 2004, pp. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review." *Science of The Total Environment*, vol. 514, 2015, pp. 333-43.

Villanueva, C.M. et al. "Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." *Environmental Health Perspectives*, vol. 122, 2014, pp. 213-21. pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf

Lutte antivectorielle

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. "Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." *Insects*, vol. 7, no. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Rozendaal, J.A. *Vector Control: Methods for use by individuals and communities*. WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

Warrell, D. Gilles, H. (eds). *Essential Malariology. Fourth Edition*. Arnold. Londres, 2002.

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. WHO, 2017. www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. WHO, 1997. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504>

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control, 3rd Ed. WHO, 2007. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664>

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

WASH dans les épidémies de maladie

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. "Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." *Pathog Glob Health*, vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76–94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

Maladie à virus Ebola : Principales questions-réponses concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène. OMS/UNICEF, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137466/WHO_EVD_WSH_14_fre.pdf?sequence=1

Directives relatives aux épidémies de choléra : Préparation, prévention et lutte. Oxfam, 2012. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/237172/ml-cholera-guidelines-preparedness-prevention-and-control-030512-fr.pdf?sequence=2>

WASH et nutrition

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. "Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" *Waterlines*, vol. 36, no. 4, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005>

Luby, S. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302–e315. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904>

WASH, argent liquide et marchés

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf





Sécurité alimentaire et nutrition



Sécurité alimentaire et nutrition

| Evaluations | Prise en charge de la malnutrition | Carences en micronutriments | L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant | Sécurité alimentaire | Aide alimentaire | Moyens d'existence |
|--|---|--|---|--|--|--|
| Standard 1.1 Évaluation de la sécurité alimentaire | Standard 2.1 Malnutrition aiguë modérée | Standard 3 Malnutrition aiguë sévère | Standard 4.1 Directives et coordination | Standard 5 Sécurité alimentaire générale | Standard 6.1 Besoins nutritionnels généraux | Standard 7.1 Production primaire |
| Standard 1.2 Évaluation de la situation nutritionnelle | Standard 2.2 Malnutrition aiguë sévère | | Standard 4.2 Aide multisectorielle à l'alimentation du nourrisson et du jeune dans les situations d'urgence | | Standard 6.2 Qualité de la nourriture, caractère approprié et acceptable | Standard 7.2 Revenus et emploi |
| | | | | | Standard 6.3 Ciblage, distribution et livraison | |
| | | | | | Standard 6.4 Utilisation de la nourriture | |

Annexe 1 Check-list pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence

Annexe 2 Check-list pour l'évaluation de la sécurité semencière

Annexe 3 Check-list pour l'évaluation de la situation nutritionnelle

Annexe 4 Comment mesurer la malnutrition aiguë

Annexe 5 Mesure de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments

Annexe 6 Besoins nutritionnels

Sommaire

| | |
|--|-----|
| Principaux concepts liés à la sécurité alimentaire et à la nutrition..... | 184 |
| 1. Évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle..... | 189 |
| 2. Prise en charge de la malnutrition..... | 198 |
| 3. Carences en micronutriments..... | 209 |
| 4. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant..... | 213 |
| 5. Sécurité alimentaire | 222 |
| 6. Aide alimentaire..... | 226 |
| 7. Moyens d'existence..... | 243 |
| Annexe 1: Check-list pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence | 253 |
| Annexe 2: Check-list pour l'évaluation de la sécurité semencière..... | 255 |
| Annexe 3: Check-list pour l'évaluation de la situation nutritionnelle | 257 |
| Annexe 4: Comment mesurer la malnutrition aiguë..... | 260 |
| Annexe 5: Mesure de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments..... | 264 |
| Annexe 6: Besoins nutritionnels..... | 267 |
| Références et bibliographie complémentaire | 269 |



Principaux concepts liés à la sécurité alimentaire et à la nutrition

Toute personne a le droit de ne pas souffrir de la faim et d'accéder à une alimentation appropriée

Les standards minimums Sphère en matière de sécurité alimentaire et de nutrition représentent une expression concrète du droit à une alimentation suffisante dans les situations où une aide humanitaire est nécessaire. Les standards se fondent sur les convictions, les principes, les devoirs et les droits tels qu'ils sont formulés dans la Charte humanitaire. Ils comprennent le droit de vivre dans la dignité, le droit à la protection et à la sécurité, ainsi que le droit de bénéficier d'une aide humanitaire en fonction des besoins.

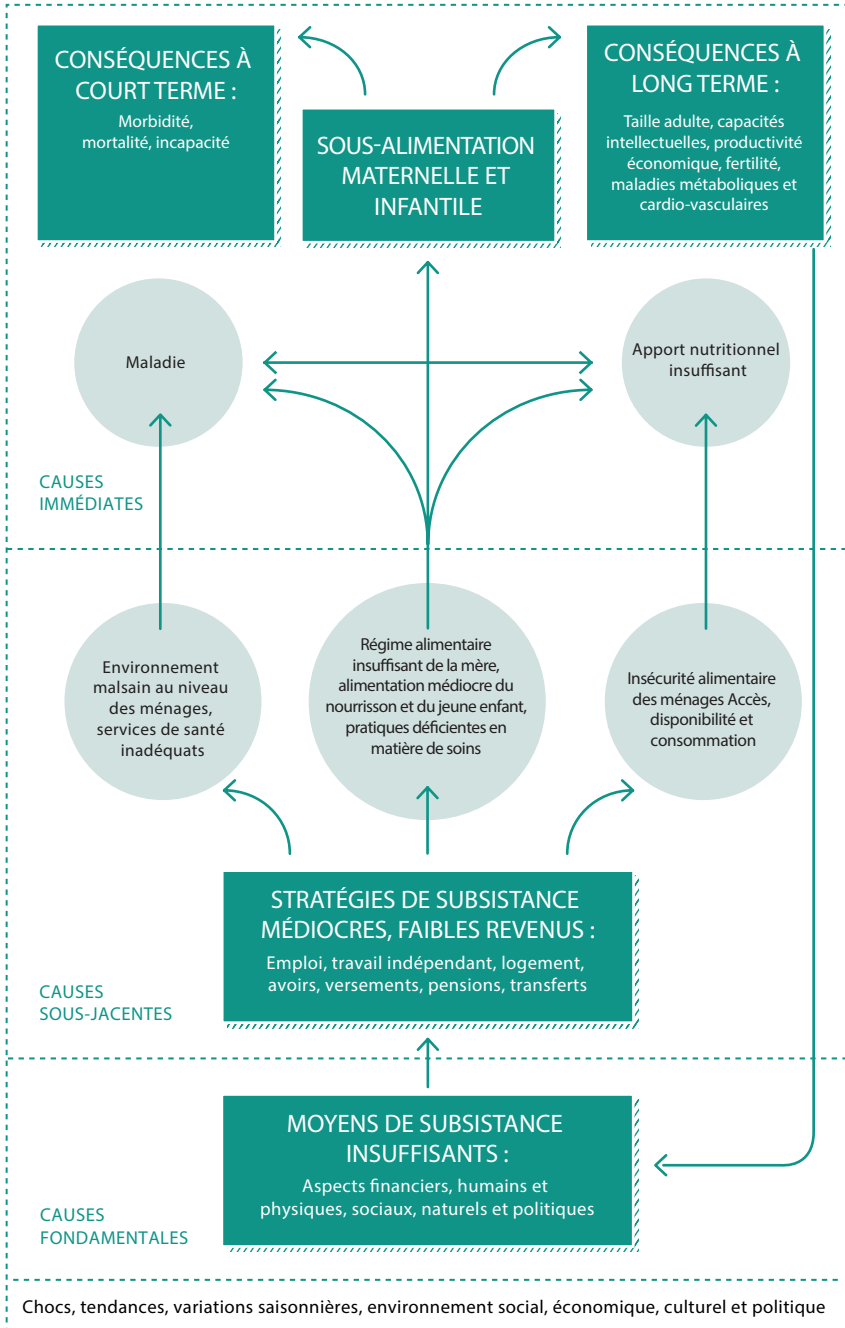
Pour une liste des principaux documents juridiques et politiques sur lesquels repose la Charte humanitaire, accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires, ⊕ cf. *Annexe 1, Le fondement juridique de Sphère*.

La sous-alimentation réduit la capacité des personnes à se remettre d'une crise. Elle affecte les fonctions cognitives, affaiblit la résistance aux maladies, accroît la probabilité de souffrir de maladies chroniques, nuit aux possibilités d'acquérir des moyens d'existence, et limite la capacité à s'investir au sein de la communauté. Elle compromet la résilience et risque d'augmenter la dépendance à l'égard du soutien fourni.

Les causes de la sous-alimentation sont complexes.

Les causes immédiates de la sous-alimentation sont un apport alimentaire insuffisant et la répétition des maladies (voir Figure 7). Les causes sous-jacentes sont l'insécurité alimentaire des ménages, de mauvaises pratiques en matière de soins et d'alimentation, un environnement insalubre au sein du ménage, et des soins de santé inadéquats.

Les causes sous-jacentes sont étroitement liées les unes aux autres. Ainsi, bien que l'insécurité alimentaire soit l'une des causes de la sous-alimentation, le fait de fournir une aide alimentaire a peu de chances de mener à une solution de long terme si les autres causes ne sont pas également traitées au même moment. Les interventions en alimentation et nutrition doivent être élaborées selon une approche coordonnée, conjointement avec les interventions en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (WASH), en abris et habitat et en soins de santé. Les individus ont par exemple besoin d'une certaine quantité et qualité d'eau pour préparer de la nourriture nutritive et adopter des pratiques d'alimentation saines. Le fait d'avoir accès à des infrastructures d'assainissement et d'hygiène réduira le risque d'épidémies. Le fait d'avoir accès à un abri assure un accès à des équipements de cuisine et protège les individus de conditions météorologiques extrêmes,



Causes de sous-alimentation (Figure 7)

ce qui réduit donc davantage le risque de maladies. Lorsque les personnes ont accès à des soins de santé de qualité, elles sont susceptibles d'avoir un meilleur état nutritionnel. Cela accroît alors leur capacité à s'engager dans la recherche de moyens d'existence.

Le fait de contrôler les causes sous-jacentes permettra de prévenir et de réduire la sous-alimentation. Dans ce contexte, le maintien des moyens d'existence des personnes est essentiel car cela accroît leur capacité à gérer les autres causes potentielles de sous-alimentation. Les actifs exploités pour les moyens d'existence comprennent entre autres les équipements et machines, les matières premières, l'accès à la terre, ou encore la connaissance des marchés fonctionnels et accès à ces marchés. Les interventions en sécurité alimentaire et nutrition doivent contribuer à protéger et à développer ces capitaux, et donc à soutenir les différentes stratégies liées aux moyens d'existence, que les taux de malnutrition soient élevés ou non.

Les changements sociaux, économiques, culturels et politiques survenant dans un contexte d'après-crise influencent les stratégies d'adaptation des ménages et leur accès aux moyens d'existence ou aux capitaux sous-jacents. Le fait de stabiliser ces facteurs externes améliorera les possibilités de revenus et réduira donc l'exposition des personnes aux facteurs de sous-alimentation.

Travailler dans des zones urbaines implique des défis et des difficultés spécifiques.

L'urbanisation croissante génère de nouveaux défis pour le secteur de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Le milieu urbain est susceptible d'offrir de meilleures opportunités d'emploi et d'activités génératrices de revenus. Mais l'augmentation de la population urbaine implique également une hausse de la demande de logements et de services dans ces zones. Très souvent, les politiques et stratégies de planification existantes en matière d'exploitation des terres ne permettent pas de répondre à cette demande imprévue. La surpopulation, la pollution de l'air, la mauvaise gestion des déchets et le manque d'infrastructures d'assainissement dans les bidonvilles augmentent les risques de contracter des maladies graves. Les personnes sont ainsi moins en capacité de tirer profit des moyens d'existence éventuels, et cela provoque souvent l'apparition des facteurs de sous-alimentation.

Certains groupes sont particulièrement vulnérables à la sous-alimentation

L'élaboration d'une intervention alimentaire adaptée nécessite de bien comprendre les besoins nutritionnels très spécifiques des femmes enceintes et allaitantes, des enfants et nourrissons, des personnes âgées et des personnes handicapées. L'amélioration de la sécurité alimentaire au niveau du ménage nécessite également de comprendre les différents rôles. Les femmes, par exemple, jouent souvent un rôle plus important dans la planification et la préparation de la nourriture dans le ménage.

Il est important de ventiler les données au moins selon le sexe, l'âge et le niveau de handicap. Cela permet de voir qui a besoin de quel type d'alimentation, et qui

manque peut-être d'éléments nutritifs fondamentaux. Le suivi post-distribution doit être ventilé de la même façon, afin de confirmer que les interventions du programme assurent un accès équitable à une alimentation et à une nutrition suffisantes et appropriées.

La prévention de la sous-alimentation est tout aussi importante que le traitement de la malnutrition aiguë. Les interventions en sécurité alimentaire et nutrition permettent d'influencer l'état de santé et l'état nutritionnel à court terme, mais aussi la survie et le bien-être à long terme.

Ces standards minimums ne doivent pas être appliqués isolément les uns des autres

Les standards minimums dont il est question dans ce chapitre sont en adéquation avec le contenu fondamental du droit à l'alimentation, et contribuent à ce que ce droit soit progressivement respecté dans le monde entier.

Le droit à une alimentation suffisante est lié aux droits à l'eau et à l'assainissement, à la santé et au logement. Les progrès accomplis dans la réalisation des standards minimums Sphère dans un domaine influencent les progrès dans les autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut donc qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec les autres secteurs, les autorités locales et d'autres agences intervenantes. Cela contribue à garantir que les besoins sont satisfaits, que les efforts déployés ne sont pas dupliqués, et que la qualité des interventions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition est optimisée. Les renvois mentionnés tout au long du Manuel suggèrent des liens potentiels.

Si les besoins nutritionnels ne sont pas satisfaits par exemple, le besoin d'interventions WASH augmente car la vulnérabilité des personnes aux maladies s'accroît. Cela vaut également pour les populations où le VIH est répandu, ou lorsque la proportion de personnes âgées ou de personnes handicapées est importante. Dans ce cas, les ressources en soins de santé devront également être ajustées. Il convient donc d'établir les priorités en fonction des informations partagées entre les secteurs, et de les réviser en fonction de l'évolution de la situation.

Lorsque les standards nationaux sont inférieurs aux standards minimums Sphère, les organisations humanitaires doivent travailler avec le gouvernement pour les élever progressivement.

Le droit international protège expressément le droit à une alimentation appropriée

Le droit d'être épargné de la faim et de recevoir une alimentation suffisante est protégé par le droit international. Cela implique un accès physique et économique permanent à une alimentation suffisante. Les États sont tenus de garantir ce droit lorsque des individus ou des groupes, y compris les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, sont dans l'incapacité d'accéder à une alimentation suffisante, notamment dans le cadre d'une crise

⊕ cf. Annexe 1.



Les États peuvent faire appel à l'aide internationale si leurs propres ressources ne suffisent pas. Dans ce cadre, ils doivent alors :

- respecter l'accès existant à une alimentation suffisante, et permettre un accès continu ;
- protéger l'accès des personnes à une alimentation suffisante en prenant des mesures visant à empêcher que des organisations ou des individus ne les privent de cet accès ; et
- soutenir activement les personnes en leur fournissant les ressources dont elles ont besoin pour garantir leurs moyens d'existence et leur sécurité alimentaire.

Selon la convention de Genève, il est interdit d'utiliser contre des civils la rétention d'alimentation comme méthode de guerre. Il est également interdit d'attaquer, de détruire, d'enlever ou de mettre hors d'usage les cultures, le bétail, les denrées alimentaires, les ouvrages d'irrigation, les installations et réserves d'eau potable ainsi les zones agricoles qui produisent les denrées alimentaires.

Quand un État en occupe un autre par la force, le droit international humanitaire oblige la puissance occupante à assurer un approvisionnement adéquat de la population en vivres, et à en importer si les ressources du territoire occupé sont insuffisantes.

Liens avec les Principes de protection et la Norme humanitaire fondamentale

L'aide alimentaire et nutritionnelle recèle un risque de graves violations des droits si elle est mal utilisée, notamment en cas d'exploitation ou d'abus dirigés contre les participants au programme. Les programmes doivent être conçus en partenariat avec les populations affectées et mis en œuvre de façon à contribuer à leur sécurité, à leur dignité et à leur intégrité. Une bonne gestion et une supervision approfondie du personnel et des ressources sont nécessaires, ainsi qu'une adhésion et une application strictes d'un Code de conduite pour tous ceux et celles qui participent aux programmes d'aide. Établir des mécanismes de retours d'information clairs en partenariat avec la population affectée et répondre rapidement à tout problème. Le personnel humanitaire doit être formé à la protection de l'enfance et savoir comment utiliser les systèmes d'orientation vers d'autres services lorsqu'il y a des soupçons de violences, d'abus ou d'exploitation, y compris à l'encontre des enfants ⊕ cf. *Principe de protection 1* et *Engagement n°5 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.

La coopération et la coordination entre civils et militaires, telles que le soutien logistique, doivent être évaluées avec attention dans toutes les situations, et notamment dans les conflits ⊕ cf. *Qu'est-ce que Sphère* et *Les Principes de protection*.

Lors de l'application des standards minimum, les neuf engagements de la Norme humanitaire fondamentale (CHS) doivent être respectés car ils sont à la base d'un programme redevable de sécurité alimentaire et de nutrition.

1. Évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle

Il est nécessaire de réaliser des évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle tout au long d'une crise. Ces évaluations permettent de voir comment la situation évolue et d'ajuster les interventions de façon appropriée. Dans l'idéal, les évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle doivent se recouper dans la mesure où elles détectent les obstacles à une nutrition adéquate et à la disponibilité, l'utilisation des aliments et à leur accessibilité. Des évaluations conjointes de la sécurité alimentaire et la situation nutritionnelle peuvent améliorer le rapport coût-efficacité et créer des liens entre les programmes de sécurité alimentaire et de nutrition.

Les évaluations doivent respecter les principes largement admis, recourir à des méthodes reconnues au niveau international, et être impartiales, représentatives et bien coordonnées entre les organisations humanitaires et les gouvernements. Les évaluations doivent être complémentaires, cohérentes et comparables. Les parties prenantes doivent se mettre d'accord sur une méthodologie adaptée. Celle-ci doit inclure un échantillon de la population touchée, et accorder une attention particulière aux groupes à risque. Des évaluations multisectorielles peuvent aider à évaluer des crises de grande ampleur et des zones géographiques étendues.

Les objectifs des évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle peuvent consister à :

- comprendre la situation, les besoins actuels et savoir comment y répondre ;
- évaluer combien de personnes ont besoin d'aide ;
- identifier les groupes à haut risque ; et/ou
- fournir un référentiel de base pour suivre les effets de l'intervention humanitaire.

Les évaluations peuvent être réalisées à différents stades d'une crise. Par exemple :

- une évaluation initiale dans les deux ou trois premiers jours pour lancer une distribution immédiate d'aide alimentaire ;
- une évaluation rapide dans les deux ou trois premières semaines reposant sur des hypothèses et des estimations afin de fournir une base pour la conception des programmes ;
- une évaluation approfondie dans les 3 à 12 mois, si la situation semble se détériorer ou si des informations supplémentaires sont nécessaires pour élaborer des programmes de relèvement.



Des **évaluations approfondies de la sécurité alimentaire** permettent d'identifier les stratégies de moyens d'existence, les actifs et les stratégies d'adaptation. Elles analysent comment celles-ci ont évolué suite à la crise, et les conséquences pour la sécurité alimentaire du ménage. Une évaluation approfondie doit déterminer quelle est la meilleure façon de protéger et/ou de favoriser ces stratégies de moyens d'existence afin de parvenir à la sécurité alimentaire.

Les **évaluations approfondies de la situation nutritionnelle** impliquent de collecter et d'analyser des données représentatives afin d'établir des taux de prévalence de malnutrition aiguë, d'identifier les pratiques d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants et autres pratiques de soins. Ces données, combinées à l'analyse des autres causes sous-jacentes de la malnutrition, et des évaluations sur la santé et la sécurité alimentaire, forment l'Analyse Causale de la Nutrition (Nutrition Causal Analysis, NCA). Celle-ci est très utile pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes de nutrition.

Les marchés jouent un rôle essentiel dans la sécurité alimentaire et la nutrition, que ce soit dans les zones urbaines ou rurales. Toutes les évaluations doivent comprendre une analyse des marchés répondant aux Critères minimaux d'analyse de marché (Minimum Standard for Market Analysis, MISMA) et/ou aux Standards minimums pour l'analyse et l'évaluation MERS ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés*.

Les standards ci-dessous relatifs aux évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle s'appuient sur l'engagement n°1 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS). Ils visent à concevoir des interventions adaptées de sécurité alimentaire et de nutrition pour les personnes affectées ⊕ cf. *annexes 1, 2 et 3*, et le *manuel LEGS* pour les check-lists servant à l'évaluation.

Standard 1.1 sur évaluationsvaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle : Évaluation de la sécurité alimentaire

Lorsque la population court un risque d'insécurité alimentaire, des évaluations sont réalisées afin de comprendre le degré et l'étendue de l'insécurité alimentaire, de recenser les personnes les plus touchées et de définir l'intervention la plus appropriée.

Actions clés

- 1 Recueillir et analyser les informations sur la sécurité alimentaire au début de la crise et pendant la crise.
 - Comprend une analyse des enjeux fondamentaux liés à la sécurité alimentaire, comme la dégradation de l'environnement, la sécurité et l'accès aux marchés.

- 2 Analyser l'effet de la sécurité alimentaire sur l'état nutritionnel de la population touchée.
- Inclure une analyse des causes sous-jacentes de sous-alimentation, notamment des soins inadaptés, des environnements domestiques insalubres, du manque de soins de santé et d'accès à des systèmes de protection sociale.
 - Collecter de façon plus fréquente les données dans les zones urbaines où la situation peut évoluer plus rapidement et être plus difficile à analyser que dans des zones rurales.
- 3 Identifier des interventions possibles pouvant aider à sauver des vies et protéger et favoriser les moyens d'existence.
- Inclure des évaluations du marché et des capacités du gouvernement et d'autres acteurs à répondre aux besoins.
- 4 Analyser les ressources et méthodes disponibles pour la cuisine, notamment le type de poêles et de combustibles, ainsi que la disponibilité de casseroles et d'ustensiles.
- Analyser comment les personnes, avant la crise, achetaient et stockaient la nourriture, le combustible pour la cuisine et se procuraient ses revenus, et comment elles le font désormais.
 - Prêter attention aux droits et aux besoins de protection des femmes et des filles qui sont généralement responsables de la collecte du combustible et de la préparation des repas.

Indicateurs clés

Des protocoles standardisés sont utilisés pour analyser la sécurité alimentaire, les moyens d'existence et les stratégies d'adaptation

Pourcentage de rapports d'analyse synthétisant les conclusions, ainsi que la méthodologie d'évaluation utilisée et les problèmes rencontrés

Notes d'orientation

Les données pré-crise, combinées à des données provenant de systèmes d'information géographique, peuvent fournir une vue d'ensemble de l'impact potentiel d'une crise. Il est toutefois peu probable qu'elles soient suffisamment ventilées pour fournir une vision claire d'une situation en milieu urbain.

Sources, outils et systèmes d'information : Les sources d'information comprennent des évaluations de récoltes, des images satellite, des enquêtes au sein des ménages, des discussions avec des groupes représentatifs et des entretiens avec des informateurs clés. Les outils pratiques comprennent le Score de consommation alimentaire, le Score de diversité alimentaire des ménages, et l'Indice simplifié des stratégies d'adaptation pour une mesure rapide de la sécurité alimentaire des



ménages. Il existe de nombreux systèmes d'informations locaux et régionaux sur la sécurité alimentaire, notamment des systèmes d'alerte précoce sur la famine. Utiliser le Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (Integrated Food Security Phase Classification) lorsqu'il est disponible, et utiliser des protocoles standardisés pour classer le niveau de gravité et les causes de l'insécurité alimentaire aigue dans les zones concernées. La conception des programmes de sécurité alimentaire doit reposer sur une analyse claire des réponses possibles et sur les résultats des évaluations.

La dégradation de l'environnement peut provoquer l'insécurité alimentaire, et l'insécurité alimentaire peut mener à une dégradation de l'environnement. Le fait par exemple, de récolter du bois combustible et de produire du charbon traditionnel permet de cuisiner de la nourriture et de générer des revenus de leur vente. Mais cela peut aussi conduire à la déforestation. Les interventions doivent protéger et favoriser la sécurité alimentaire, tout en limitant les effets négatifs sur l'environnement.

Groupes à risque : Ventiler les données selon le sexe, l'âge, le handicap, le groupe de richesse et tout autre critère pertinent. Les femmes et les hommes peuvent avoir des rôles différents et complémentaires pour assurer le bien-être nutritionnel du ménage. S'entretenir avec les deux, séparément si nécessaire, à propos des pratiques liées à la sécurité alimentaire, à la préparation de la nourriture et aux ressources du ménage. Tenir compte du fait que les personnes âgées et les personnes en situation de handicap peuvent être exclues de la distribution de l'aide alimentaire à l'intérieur du ménage.

Inclure les filles et les garçons, notamment les enfants chefs de ménage, les enfants séparés ou non-accompagnés, les enfants en situation de handicap et les enfants vivant en institution. Prendre en considération la question des enfants dans les différents contextes de crise. Au cours d'épidémies de maladies infectieuses, par exemple, inclure les enfants en observation, placés dans des centres de traitement ou d'accueil provisoire. Dans les contextes de conflit, inclure les enfants qui sont dans des centres de démobilisation.

Stratégies d'adaptation : Etudier les différents types de stratégies d'adaptation, leur efficacité et leurs éventuels effets négatifs. Certaines stratégies d'adaptation, comme la vente de terres, la migration de familles entières, ou la déforestation, peuvent nuire de façon permanente à la sécurité alimentaire future.

Certaines stratégies d'adaptation utilisées par les femmes, filles et garçons ou imposées à ces personnes peuvent avoir des conséquences sur leur santé, leur bien-être psychologique et leur intégration sociale. Ces stratégies d'adaptation comprennent les rapports sexuels échangés contre de la nourriture ou de l'argent pour survivre, le mariage de ses filles contre une dot, le fait de faire manger les femmes et les filles en dernier, le travail des enfants, les migrations dangereuses ainsi que la vente et la traite d'enfants.

Indicateurs de mesure indirects : La consommation alimentaire désigne l'apport énergétique et nutritionnel des individus au sein d'une famille. Comme il n'est pas

évident de mesurer réellement la valeur énergétique ni les valeurs nutritionnelles pendant les évaluations initiales, mieux vaut utiliser des indicateurs indirects. Par exemple, le nombre de groupes d'aliments consommés par une personne ou un ménage, et la fréquence de consommation pendant une période de référence donnée sont des indicateurs de la diversité alimentaire. Toute évolution du nombre de repas consommés chaque jour et de la diversité alimentaire sont de bons indicateurs indirects de la sécurité alimentaire, notamment s'ils sont corrélés avec le statut socioéconomique du ménage.

Parmi les outils permettant de mesurer efficacement les habitudes de consommation alimentaire figurent le Score de diversité alimentaire des ménages, l'échelle d'évaluation de l'insécurité alimentaire des ménages ou encore le Score de consommation alimentaire. L'échelle de la faim des ménages est un autre indicateur indirect de l'insécurité alimentaire. D'autres indicateurs fréquemment utilisés, comme le Score de consommation alimentaire, ne reflètent pas toujours de façon précise l'insécurité alimentaire en milieu urbain. Croiser les indicateurs de mesure choisis avec les indicateurs de mesure de stratégies d'adaptation afin de comprendre les différentes contraintes pesant sur l'accès à la nourriture.

La Part des dépenses alimentaires et les seuils établis pour cet indicateur peuvent s'avérer trop complexes à mettre en œuvre en milieu urbain. En effet, il est possible que plusieurs personnes soient responsables du panier alimentaire, que les membres de la famille consomment de la nourriture provenant de l'extérieur du foyer, et que plusieurs personnes contribuent aux revenus du ménage.

Analyse du marché et coût du régime alimentaire : Obtenir des informations sur l'accès aux marchés, le capital financier, les moyens d'existence et la vulnérabilité économique. Ces éléments sont mis en lien avec le prix des marchandises, les opportunités d'accès au revenu et les niveaux de salaires, lesquels affectent la sécurité alimentaire. Les systèmes de marché, qu'ils soient formels ou informels, peuvent protéger les moyens d'existence en fournissant des moyens de production tels que des semences et des outils ⊕ cf. *Standards 7.1 et 7.2 sur la sécurité alimentaire et la nutrition - moyens d'existence.*

Inclure une analyse du marché dans les évaluations initiales et ultérieures du contexte. Les analyses de marché doivent évaluer si les marchés locaux peuvent soutenir les besoins nutritionnels, et déterminer le coût minimum et le caractère abordable de la nourriture répondant aux besoins nutritionnels d'un ménage classique ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Les interventions reposent de plus en plus sur les marchés dans les zones rurales et régulièrement dans les zones urbaines. Elles font appel à des prestataires, utilisent des espaces de marché, des produits alimentaires et des services de transport locaux pour répondre aux besoins des personnes affectées. Il est donc important de comprendre l'accès aux marchés pour les groupes à risque ⊕ cf. *manuel MISMA.*



Standard 1.2 sur évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle : Évaluation de la situation nutritionnelle

Les évaluations de la situation nutritionnelle recourent à des méthodes reconnues pour comprendre le type, le degré et l'étendue de la sous-alimentation, recenser les personnes les plus menacées, et déterminer l'intervention la plus appropriée.

Actions clés

- 1 Rassembler les informations déjà obtenues avant la crise et réaliser une évaluation initiale afin d'établir la nature et la gravité de la situation nutritionnelle.
 - Évaluer les capacités au niveau local et national de diriger ou de soutenir une intervention, ainsi que celles des autres acteurs impliqués dans la nutrition.
 - Réaliser un dépistage rapide en mesurant le périmètre brachial (PB) et en procédant à des évaluations des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (ANJE-E) afin d'évaluer la situation nutritionnelle dès le début de la crise.
- 2 Recenser les groupes ayant les plus grands besoins en termes de soutien nutritionnel.
 - Rassembler des informations sur les causes de la sous-alimentation à partir de sources primaires et secondaires, notamment les avis et opinions de la communauté.
 - Dialoguer avec les communautés pour identifier les groupes à risque, en prêtant attention à l'âge, au sexe, au handicap, aux maladies chroniques ou à d'autres critères.
- 3 Déterminer une intervention adaptée à partir de la compréhension du contexte et de la situation d'urgence.
 - Déterminer si la situation est stable ou si elle se détériore, en examinant l'évolution de l'état nutritionnel dans le temps plutôt que la prévalence de la malnutrition à un moment donné.
 - Envisager à la fois des actions de prévention et de traitement.

Indicateurs clés

Des protocoles standardisés sont utilisés pour évaluer la malnutrition et identifier les causes.

Pourcentage des rapports d'évaluation incluant la méthodologie d'évaluation et les problèmes rencontrés

Notes d'orientation

Informations contextuelles : Il est possible de rassembler des informations sur les causes de la sous-alimentation à partir de sources primaires ou secondaires, notamment les profils de santé et les profils nutritionnels existants, les rapports de recherches, les informations relatives aux alertes précoces, les dossiers des centres de santé, les rapports sur la sécurité alimentaire et d'autres sources. On peut notamment citer :

- les enquêtes démographiques et sanitaires ;
- les enquêtes en grappes à indicateurs multiples ;
- les bases de données sur la situation nutritionnelle nationale ;
- les autres enquêtes nationales sur la santé et la nutrition ;
- les systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle ;
- les taux d'admission et de couverture des programmes existants de prise en charge de la malnutrition ; et
- la prévalence du VIH, les données de mortalité et d'incidence, notamment les groupes à haut risque ou supportant un fardeau plus lourd ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standard 2.3.3 sur la santé sexuelle et reproductive : VIH.*

Dans la mesure du possible, les institutions et les communautés locales doivent être activement associées à l'évaluation, à l'interprétation des conclusions et à la planification des interventions.

Intervention rapide : Durant la première phase d'une crise, les décisions relatives aux distributions générales de nourriture ou à un traitement immédiat de la malnutrition doivent reposer sur une évaluation rapide, des conclusions préliminaires et sur la capacité d'intervention actuelle. Une analyse approfondie doit être réalisée un peu plus tard, mais celle-ci ne doit pas retarder l'intervention pendant la phase aiguë.

Étendue de l'analyse : Des évaluations approfondies doivent être menées lorsque des informations manquent dans certains domaines, mais également si des informations supplémentaires sont nécessaires pour concevoir le programme, mesurer les résultats du programme ou pour des actions de plaidoyer. Décider s'il faut procéder à des évaluations qualitatives ou quantitatives de toute la population pour comprendre le statut anthropométrique, les carences en micronutriments, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les pratiques en matière de soins maternels et les facteurs potentiels associés de sous-alimentation. Se coordonner avec les secteurs Santé, Eau, Hygiène et Assainissement (WASH) et Sécurité alimentaire pour concevoir et préparer les évaluations.

Enquêtes anthropométriques : Elles sont utilisées pour examiner les proportions physiques du corps et fournir des estimations sur les taux de malnutrition chronique et aiguë. Elles peuvent consister en un échantillonnage aléatoire ou en un dépistage spécifique. Les enquêtes doivent intégrer le rapport poids/taille des scores Z selon les normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Mettre en lien les rapports



poids/taille des scores Z relevés avec les références du NCHS (National Center for Health Statistics) pour les comparer avec des enquêtes antérieures. Inclure l'émaciation et l'émaciation grave constatées par la mesure du périmètre brachial (PB). La pratique la plus communément admise est d'évaluer les niveaux de malnutrition chez les enfants âgés de 6 à 59 mois comme indicateur indirect pour l'ensemble de la population. Toutefois, quand d'autres groupes courent un plus grand danger sur le plan nutritionnel, il convient d'envisager de les inclure dans l'évaluation ⊕ cf. *Annexe 4 : Comment mesurer la malnutrition aiguë.*

Établir et enregistrer séparément les taux d'œdème nutritionnel. Indiquer les intervalles de confiance pour les taux de malnutrition et faire la preuve de l'assurance qualité des enquêtes. Utiliser des instruments qui existent déjà, comme le manuel de méthodologie d'enquêtes Suivi et d'évaluation normalisés des phases d'urgence et de transition (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, SMART), l'enquête nutritionnelle normalisée élargie (Standardised Expanded Nutrition Survey, SENS) pour les populations de réfugiés, le logiciel ENA (Emergency Nutrition Assessment, évaluation nutritionnelle dans les situations d'urgence) et le logiciel EPI Info.

Évaluations de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : Évaluer les besoins et les priorités pour l'ANJE-E et réaliser un suivi de l'incidence de l'action et de l'inaction humanitaire sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il est possible d'utiliser les données relatives à la situation avant la crise pour éclairer une prise de décision rapide. Travailler avec d'autres secteurs pour inclure les questions ANJE-E dans d'autres évaluations sectorielles, et s'appuyer sur les données multisectorielles disponibles pour éclairer l'évaluation ⊕ cf. *Annexe 3 : Check-list pour l'évaluation de la situation nutritionnelle.*

Inclure le nombre de conseillers qualifiés en matière d'allaitement, d'agents de santé formés et d'autres services de soutien et leurs capacités. Pour une évaluation plus approfondie, réaliser un échantillonnage aléatoire, un dépistage systématique ou un échantillonnage sectoriel. Cela peut être réalisé dans le cadre d'une enquête ANJE-E indépendante ou d'une enquête intégrée. Une enquête intégrée, cependant, peut reposer sur une taille d'échantillon limitée, ce qui risque de réduire le niveau de représentativité de l'enquête.

Autres indicateurs : D'autres informations peuvent être examinées attentivement pour éclairer l'évaluation globale de l'état nutritionnel. Cela comprend les taux de couverture des programmes de nutrition et de vaccination, surtout contre la rougeole, les carences en vitamine A, en iode ou d'autres micronutriments, les taux de morbidité liés aux maladies et les comportements sains. S'ils sont disponibles, examiner également les taux bruts de mortalité chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans, et les causes des décès.

Interprétation des niveaux de sous-alimentation : Il est nécessaire de procéder à une analyse détaillée de la taille et de la densité de la population de référence, ainsi que des taux de morbidité et de mortalité qui y sont relevés pour décider si les niveaux

de sous-alimentation nécessitent une intervention. Il faut également relever des informations sur l'état de santé, les fluctuations saisonnières, les indicateurs ANJE-E, les niveaux de sous-alimentation constatés avant la crise, la proportion de malnutrition aiguë sévère par rapport à la malnutrition aiguë générale, et les niveaux de carences en micronutriments ⊕ cf. *Standard 2.2.2 sur les soins de santé essentiels : prise en charge des maladies du nouveau-né et de l'enfant* et *Annexe 5 : Mesure de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments*.

Combiner des systèmes d'informations complémentaires est peut-être la façon la plus efficace de surveiller les tendances. Il peut être utile de recourir à des modèles et approches tenant compte de plusieurs variables comme la sécurité alimentaire, les moyens d'existence, la santé et la nutrition ⊕ cf. *Standard 1.1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle : évaluation de la sécurité alimentaire*.



2. Prise en charge de la malnutrition

La prévention et le traitement de la malnutrition sont des enjeux importants dans les crises humanitaires. La malnutrition chronique peut être prévenue, mais les chiffres tendent à prouver qu'il est très difficile voire impossible de la faire disparaître ou de la traiter. Toutefois, la malnutrition aiguë, qui est susceptible d'apparaître pendant une crise, peut être prévenue et traitée par des interventions en nutrition adaptées.

Les interventions en nutrition sont essentielles pour réduire la morbidité et la mortalité des populations touchées. Elles nécessitent toutefois une bonne compréhension des causes sous-jacentes complexes de la malnutrition. Une approche multi-sectorielle est fondamentale pour aborder toutes les causes et leurs interactions.

Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée : Au cours d'une crise, une supplémentation alimentaire est souvent la première stratégie pour la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë modérée.

Deux types de programmes de supplémentation alimentaire sont souvent mis en œuvre : des programmes de supplémentation alimentaire globaux pour la prévention, et des programmes de supplémentation alimentaire ciblés pour le traitement de la malnutrition aiguë modérée et la prévention de la malnutrition aiguë sévère. Le choix de l'un ou l'autre de ces deux programmes se fait en fonction des niveaux de malnutrition aiguë, des groupes de population vulnérables et des risques d'aggravation de la malnutrition aiguë.

Les programmes de supplémentation alimentaire globaux sont recommandés lorsque l'insécurité alimentaire est élevée et qu'il est nécessaire d'étendre les interventions au-delà des seuls cas de malnutrition aiguë modérée. Ils doivent être accompagnés par des distributions générales de nourriture ciblant les ménages touchés. Comme il n'existe pas d'indicateurs d'impact précis pour les programmes de supplémentation alimentaire globaux, il est important d'effectuer un suivi de la couverture, du niveau d'adhésion, de leur acceptabilité et des rations fournies. Les indicateurs sur la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée portent principalement sur la supplémentation alimentaire ciblée.

Le principal objectif d'un programme de supplémentation alimentaire ciblée est d'empêcher que les personnes modérément sous-alimentées ne deviennent gravement sous-alimentées, et de les aider à se rétablir. Ces types de programmes fournissent généralement des suppléments alimentaires en plus de la ration générale aux personnes souffrant de malnutrition modérée, aux femmes enceintes et allaitantes, et à d'autres personnes à risque.

Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère : Plusieurs approches sont utilisées pour les soins thérapeutiques. La prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sera privilégiée lorsque les conditions le permettent. Elle comprend :

- hospitalisation des personnes présentant des complications médicales liées à la malnutrition aiguë sévère ;
- hospitalisation de tous les nourrissons de moins de 6 mois présentant une malnutrition aiguë sévère ;
- soins ambulatoires pour les personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère mais sans complications médicales ;
- sensibilisation de la communauté ; et
- autres services ou programmes spécifiques selon le contexte pour les personnes présentant une malnutrition aiguë modérée.

Les programmes de lutte contre la malnutrition aiguë sévère doivent être accompagnés par des programmes de supplémentation alimentaire et de mobilisation communautaire afin de soutenir la sensibilisation, le dépistage actif des cas, l'orientation et le suivi des personnes.

Standard 2.1 sur la prise en charge de la malnutrition : Malnutrition aiguë modérée

Des mesures sont prises pour prévenir et gérer la malnutrition aiguë modérée.

Actions clés

- 1 Établir dès le début du programme des stratégies, objectifs et critères bien définis et acceptés pour le commencement et la fin des interventions.
- 2 Étendre au maximum l'accès et la couverture des interventions relatives à la malnutrition aiguë modérée en impliquant la communauté dès le début.
 - Travailler avec les intervenants communautaires pour repérer les personnes et les ménages vulnérables.
- 3 Établir des protocoles d'admission et de sortie basés sur des critères anthropométriques reconnus aux niveaux national et international.
 - Préciser le critère de sortie dans les rapports sur les indicateurs de performance.
 - Étudier les causes de défection et d'absence d'intérêt, ou d'augmentation du nombre de décès.
- 4 Lier la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et à l'action des services de santé.



- 5 Fournir des rations de supplémentation alimentaire sèches ou prêtes à l'emploi, sauf s'il existe de bonnes raisons de procéder à l'alimentation sur place.
- Fournir les rations de façon hebdomadaire ou bi-hebdomadaire. Tenir compte de la taille et de la composition du ménage, de la sécurité alimentaire du ménage et de la probabilité de partage lors de la définition de la taille et de la composition de la ration.
 - Fournir des informations claires sur la façon de préparer et de conserver de façon hygiénique les suppléments alimentaires, ainsi que quand et comment les consommer.
- 6 Insister particulièrement sur la protection et la promotion de l'allaitement, de l'alimentation complémentaire et de l'hygiène.
- Fournir des informations claires sur l'importance de l'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois, et de l'allaitement continu des enfants entre 6 et 24 mois, ce pour la santé physique et psychologique de la mère et de l'enfant.
 - Les mères allaitantes dont les enfants de moins de 6 mois souffrent de malnutrition aiguë doivent avoir accès à un programme de supplémentation alimentaire quel que soit leur propre état nutritionnel.

Indicateurs clés

Pourcentage de la population-cible se trouvant à moins d'un jour de marche aller-retour (temps de traitement inclus), des sites de distribution de la supplémentation alimentaire en rations sèches.

- >90 %

Pourcentage de la population-cible se trouvant à moins d'une heure de marche du site des programmes.

- >90 %

Pourcentage de cas de malnutrition aiguë modérée (MAM) ayant accès aux services de traitement (couverture)

- >50 % dans les zones rurales
- >70 % dans les zones urbaines
- >90 % dans les camps formels

Proportion de sortants des programmes de supplémentation alimentaire ciblés étant décédés, s'étant rétablis ou ayant abandonné

- Décès : <3 %
- Rétablissement : >75 %
- Abandon : <15 %

Notes d'orientation

Conception des programmes : Concevoir les programmes qui reposent sur les capacités du système de santé existant et qui y contribuent ; tenir compte des conditions d'accès aux établissements médicaux, de la dispersion de la population sur le territoire et de la sécurité.

Maintenir des liens avec les services thérapeutiques des patients hospitalisés et en soins ambulatoires, les services de soins prénataux, de prévention du paludisme, de dépistage et des maladies infantiles, les réseaux de lutte contre le VIH et la tuberculose, ainsi que les programmes de sécurité alimentaire, notamment ceux concernant les transferts de vivres, d'argent liquide ou de coupons.

Les programmes de supplémentation alimentaire ne visent pas à remplacer le régime alimentaire mais bien à le compléter. Il est essentiel de concevoir les programmes comme partie intégrante d'une approche multisectorielle intégrant des services complémentaires, comme WASH, santé, ANJE et distribution générale de nourriture. Évaluer la disponibilité des suppléments alimentaires sur les marchés nationaux ou internationaux, et tenir compte des contraintes potentielles d'approvisionnement dans le cadre de la planification du programme ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Prévention ou traitement : Adopter une approche globale pour prévenir la malnutrition, ou une approche ciblée pour la traiter. Le choix dépend :

- des niveaux de malnutrition aiguë et du nombre de personnes touchées ;
- du risque d'augmentation de la morbidité ;
- du risque de dégradation de la sécurité alimentaire ;
- du déplacement et de la densité de population ;
- de la capacité à dépister et à suivre la population touchée en utilisant des critères anthropométriques ; et
- des ressources disponibles et de la possibilité d'avoir accès à la population touchée.

Une supplémentation alimentaire ciblée nécessite généralement davantage de temps et d'efforts pour dépister et suivre les personnes souffrant de malnutrition aiguë mais moins de ressources alimentaires spécifiques. Une approche globale nécessite généralement moins d'expertise de la part du personnel, mais plus de ressources alimentaires spécifiques.

Mobilisation communautaire efficace : La mobilisation et la participation des communautés permettent aux personnes de mieux comprendre un programme et en améliore l'efficacité. Travailler avec la population-cible pour décider où installer les sites du programme. Tenir compte des groupes à risque qui pourraient avoir des difficultés à accéder aux sites. Partager des informations claires et complètes sur le soutien disponible dans des langues accessibles, en recourant à plusieurs canaux de partage d'informations (audio, visuel et écrit).



La couverture est le rapport entre le nombre de personnes qui reçoivent le traitement et le nombre de personnes qui en auraient besoin. La couverture peut être influencée par :

- l'acceptabilité du programme, l'emplacement et l'accessibilité des sites ;
- la situation en matière de sécurité ;
- la fréquence des distributions ;
- le temps d'attente ;
- l'ampleur de la mobilisation, le nombre des visites à domicile et des actions de dépistage ;
- la disponibilité du personnel féminin et masculin pour la nutrition ;
- l'harmonisation des critères d'admission et de couverture ; et
- la capacité des soignants à repérer les signes de malnutrition.

Les méthodes d'évaluation de la couverture sont onéreuses et nécessitent du personnel spécialement formé à cet effet. S'il n'est pas possible de réaliser des enquêtes de couverture, se référer aux directives nationales pour décider d'une méthode alternative. Utiliser les données classiques du programme comme le dépistage, les orientations et les admissions pour estimer la couverture.

Il est possible qu'il ne soit pas nécessaire de réaliser des évaluations régulières de la couverture sauf si des changements importants dans la zone du programme surviennent, comme des mouvements de population ou un nouveau produit ou protocole de traitement.

Les critères d'admission doivent être conformes aux directives nationales et internationales. Les critères d'admission pour les nourrissons de moins de 6 mois et pour les groupes dont les caractéristiques anthropométriques sont difficiles à déterminer doivent tenir compte de l'état clinique et de la situation en matière d'allaitement maternel ⊕ cf *Annexe 4 : Comment mesurer la malnutrition aiguë* et *Références et bibliographie complémentaire*.

Les patients qui sont testés positifs au VIH (ou sont suspectés de l'être), qui ont la tuberculose ou souffrent d'une autre maladie chronique, ne doivent pas être discriminés et doivent bénéficier d'un accès égal aux soins s'ils répondent aux critères d'admission. Certaines personnes ne répondant pas aux critères anthropométriques définissant la malnutrition aiguë peuvent, elles aussi, bénéficier d'une supplémentation alimentaire. Cela peut inclure par exemple des personnes vivant avec le VIH ou souffrant de la tuberculose ou d'une autre maladie chronique, les personnes sorties des services de soins mais nécessitant un soutien thérapeutique afin d'éviter les rechutes, ou les personnes handicapées. Ajuster les systèmes de suivi et de notification si ces personnes ne répondent pas aux critères anthropométriques.

Les personnes vivant avec le VIH et qui ne répondent pas aux critères d'admission ont souvent besoin d'un soutien nutritionnel. Ce type de soutien est mieux offert en dehors du cadre d'un traitement de la malnutrition aiguë sévère dans une

situation de crise. Fournir à ces personnes et à leurs familles divers services, comme les soins communautaires et à domicile, les centres antituberculeux et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant.

Critères de sortie et suivi : Le nombre total de personnes sorties du programme comprend celles qui ont récupéré, qui sont décédées, qui ont abandonné ou qui ne se sont pas rétablies. Les personnes qui ont été orientées vers des services complémentaires, comme les services de santé, ne sont pas considérées comme ayant terminé le traitement, et le poursuivront ou le reprendront plus tard. Ne pas inclure les personnes transférées vers d'autres sites ou n'ayant pas terminé le traitement.

Si des personnes sont admises dans un programme de nutrition après être sorties d'une prise en charge thérapeutique, les comptabiliser dans une catégorie distincte afin de ne pas fausser les résultats. Si une personne développe des symptômes de malnutrition aiguë suite à d'autres facteurs comme un handicap, fente palatine ou problèmes chirurgicaux, les inclure dans le rapport sur le programme. Analyser la façon dont le sexe d'une personne influence ou non l'accès au traitement, l'abandon du traitement et le rétablissement.

Calculer les statistiques de sortie comme suit :

- Pourcentage de sortants ayant récupéré = nombre de personnes ayant récupéré/nombre total des personnes sorties × 100
- Pourcentage de sortants décédés = nombre de personnes décédées/nombre total des personnes sorties × 100
- Pourcentage d'abandons = nombre d'abandons/nombre total des personnes sorties × 100
- Pourcentage de sortants n'ayant pas récupéré = nombre de personnes n'ayant pas récupéré/nombre total des personnes sorties × 100

Outre les indicateurs mentionnés ci-dessus, les systèmes de suivi doivent comprendre :

- la participation de la population ;
- l'acceptabilité du programme (que l'on peut mesurer de façon indirecte en utilisant les taux d'abandon et de couverture) ;
- la qualité et la quantité de la nourriture fournie ;
- la couverture ;
- les motifs d'un transfert vers d'autres programmes (en particulier pour les enfants dont l'état nutritionnel se détériore et entraîne une malnutrition aiguë sévère) ; et
- le nombre de personnes admises pour le traitement et en cours de traitement.

Tenir également compte de facteurs extérieurs tels que :

- schémas de morbidité ;
- niveau de sous-alimentation dans la population ;



- niveau d'insécurité alimentaire dans les ménages et dans la population ;
- interventions complémentaires disponibles pour la population (y compris distribution générale de nourriture ou programmes équivalents) ; et
- capacité des systèmes en place à fournir des services.

Lien avec la santé et les autres secteurs: Les programmes de supplémentation alimentaire globaux et ciblés peuvent être tous deux utilisés comme une plateforme permettant de fournir des services complémentaires. Dans de nombreuses situations, un programme de supplémentation alimentaire global à but préventif peut soutenir l'intervention liée à la crise. Il peut par exemple offrir un accès à la population-cible grâce à un recensement, un dépistage de la communauté et une orientation vers d'autres services pour la gestion de la malnutrition aiguë sévère et modérée. C'est également l'occasion d'intervenir pour aider à la survie des enfants avec :

- des anthelminthiques ;
- des suppléments en vitamine A ;
- du fer et de l'acide folique à l'occasion de visites de dépistage et de traitement antipaludique ;
- du zinc pour le traitement de la diarrhée ; et
- des vaccins.

⊕ Cf. *Soins de santé essentiels – Standards 2.1.1 à 2.1.4 sur les maladies transmissibles, et Soins de santé essentiels – Standards 2.2.1 et 2.2.2 sur la santé infantile.*

Dans les populations présentant de hauts niveaux de vulnérabilité, comme une forte prévalence du VIH ou des personnes ayant des difficultés à se déplacer ou à se nourrir, il peut être nécessaire d'adapter le programme pour répondre à leurs besoins. Cela peut impliquer d'adapter la qualité et la quantité de la ration alimentaire supplémentaire ⊕ cf. *Sécurité alimentaire et nutrition - Standard 4,1 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.*

Standard 2.2 sur la prise en charge de la malnutrition : Malnutrition aiguë sévère

Des mesures sont prises pour traiter la malnutrition aiguë sévère.

Actions clés

- 1 Établir dès le début du programme des stratégies, objectifs et critères bien définis et acceptés pour le commencement et la fin des interventions.
 - Inclure suffisamment de personnel, de capacités, d'expertises et de compétences.
- 2 Inclure dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des soins avec hospitalisation, des soins ambulatoires, des systèmes d'orientation vers d'autres services et une mobilisation communautaire.

- 3 Apporter les soins nutritionnels et médicaux conformément aux normes nationales ou internationales reconnues pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère.
- 4 Établir des critères de sortie incluant des indices anthropométriques et d'autres indices.
- 5 Étudier les causes de défection et d'absence d'intérêt, ou d'augmentation du nombre de décès.
- 6 Protéger, encourager et promouvoir l'allaitement, une alimentation complémentaire, des pratiques d'hygiène et de bons rapports mère-enfant.
 - Fournir des informations claires sur l'importance de l'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois, et de l'allaitement continu des enfants entre 6 et 24 mois, ce pour la santé physique et psychologique de la mère et de l'enfant.

Indicateurs clés

Pourcentage de la population cible se trouvant à moins d'un jour de marche aller-retour (temps du traitement inclus) du site du programme

- >90 % de la population cible

Pourcentage de cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) ayant accès aux services de traitement (couverture)

- >50 % dans les zones rurales
- >70 % dans les zones urbaines
- >90 % dans un camp

Proportion de personnes étant sorties du parcours de soin thérapeutique qui sont décédées, qui se sont rétablies ou qui ont abandonné

- Décès : <10 %
- Rétablissement : >75 %
- Abandon : <15 %

Notes d'orientation

Éléments du programme : Les hospitalisations peuvent se faire directement ou par orientations. Les programmes doivent proposer des services ambulatoires décentralisés pour les enfants ne souffrant d'aucune complication médicale. Les sites des programmes ambulatoires doivent se trouver à proximité de la population-cible afin de limiter les risques et les coûts associés aux longs trajets avec de jeunes enfants et le risque supplémentaire de déplacements de population vers ces sites. ⊕ cf. *Standard 2.2.2 sur la santé infantile : prise en charge des maladies du nouveau-né et de l'enfant.*



Relier les programmes à d'autres services :

- supplémentation alimentaire ;
- réseaux de lutte contre le VIH/sida ;
- réadaptation ;
- services de soins de santé primaires ;
- programmes de sécurité alimentaire, notamment aide monétaire ou alimentaire.

Couverture : Les méthodes de mesure de la couverture de la malnutrition aiguë sévère sont similaires à celles des programmes de lutte contre la malnutrition aiguë modérée ⊕ cf. Standard 2.1 sur la prise en charge de la malnutrition : *Malnutrition aiguë modérée*.

Les critères d'admission doivent être conformes aux directives nationales et internationales. Les critères d'admission pour les nourrissons de moins de 6 mois et pour les groupes dont les caractéristiques anthropométriques sont difficiles à déterminer doivent tenir compte de l'état clinique et de la situation en matière d'allaitement maternel ⊕ cf. *Annexe 4 : Comment mesurer la malnutrition aiguë et Références et bibliographie complémentaire*.

Les patients qui sont testés VIH-positifs (ou sont suspectés de l'être), ou qui ont la tuberculose ou souffrent de maladies chroniques ne doivent pas être discriminés et doivent bénéficier d'un accès égal aux soins s'ils répondent aux critères d'admission. Certaines personnes ne répondant pas aux critères anthropométriques définissant la malnutrition aiguë peuvent, elles aussi, bénéficier d'une supplémentation alimentaire. Il s'agit par exemple des personnes vivant avec le VIH ou souffrant de la tuberculose ou d'une autre maladie chronique, les personnes sorties des services de soins mais nécessitant un soutien thérapeutique afin d'éviter les rechutes, ou les personnes handicapées. Ajuster les systèmes de suivi et de notification si ces personnes ne répondent pas aux critères anthropométriques.

Les personnes vivant avec le VIH et qui ne répondent pas aux critères d'admission ont souvent besoin d'un soutien nutritionnel. Ce type de soutien est mieux offert en dehors du cadre d'un traitement de la malnutrition aiguë sévère dans une situation de crise. Fournir à ces personnes et à leurs familles divers services, comme les soins communautaires et à domicile, les centres antituberculeux et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant.

Critères de sortie et de rétablissement : Les personnes autorisées à sortir du programme ne doivent plus présenter de complications. De plus, elles doivent avoir retrouvé l'appétit et avoir atteint et conservé un poids convenable sans présenter d'œdème nutritionnel (par ex. pour deux pesées successives). Calculer séparément le gain de poids moyen pour les patients ayant eu un œdème nutritionnel et ceux qui n'en ont pas eu. L'allaitement au sein est particulièrement important pour les nourrissons de moins de 6 mois et pour les enfants de 6 à 24 mois. Les nourrissons n'étant pas allaités au sein doivent faire l'objet d'un suivi rapproché. Respecter les critères de sortie pour éviter les risques associés à une sortie prématurée.

Les directives relatives à la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë précisent une durée moyenne de séjour pour le traitement et ont pour but de raccourcir les périodes de rétablissement. Respecter les directives nationales en vigueur lors du calcul de la durée moyenne du séjour, car elle varie d'un pays à un autre. Le VIH, la tuberculose et d'autres maladies chroniques peuvent faire que certains patients souffrant de malnutrition ne répondent pas au traitement. Collaborer alors avec les services de santé et les autres services de soutien social et communautaire pour discuter des options de traitement ou de soins à plus long terme ⊕ cf. *Soins de santé essentiel – Standard 2.3.3 sur la santé sexuelle et reproductive : VIH.*

Indicateurs de performance pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère :

La population des patients sortis du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère comprend ceux qui se sont rétablis, ceux qui sont décédés, ceux qui ont abandonné ou ceux qui ne se sont pas rétablis ⊕ cf. *Notes d'orientation du Standard 2.1 de prise en charge de la malnutrition : Malnutrition aiguë modérée.*

Les indicateurs de performance de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère tiennent compte des résultats obtenus à la fois avec les patients hospitalisés et avec les patients ambulatoires, en évitant de compter en double les transferts d'un groupe à l'autre. Si cela s'avère impossible, l'interprétation des chiffres doit être ajustée en conséquence. Les programmes doivent, par exemple, viser la réalisation de meilleurs indicateurs lorsqu'ils prennent uniquement en charge des patients en soins ambulatoires. Lorsqu'ils prennent uniquement en charge des patients hospitalisés, les programmes doivent s'efforcer d'atteindre les chiffres définis pour le groupe combiné de patients hospitalisés et ambulatoires.

Les patients orientés vers d'autres services, comme des services de santé, ne sont pas considérés comme ayant terminé le traitement. Lors de l'évaluation de la performance des soins ambulatoires, les transferts en hospitalisation doivent être indiqués afin de représenter de façon précise la performance du programme.

Les indicateurs de performance ne tiennent pas compte de la complexité du tableau clinique des infections par le VIH. La complexité du tableau clinique du VIH a une influence sur les taux de mortalité. Il convient d'en prendre considération lors de l'interprétation des performances du programme dans ce type de contexte.

Lors du suivi de la performance, outre les indicateurs de sortie, il convient également d'examiner les données ventilées des nouvelles admissions (sexe, âge, handicap), le nombre d'enfants en cours de traitement et les taux de couverture. Enquêter et documenter en permanence la proportion et les causes de réadmission, de détérioration du tableau clinique, de défection ou de manque d'intérêt. Adapter la définition de ces cas en fonction des directives utilisées.

Apports en matière de santé : Tous les programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère doivent comprendre des traitements systématiques conformes aux directives nationales et internationales. Il est fondamental qu'ils contiennent des règles claires pour les orientations vers d'autres services dans le



cadre de la prise en charge de maladies sous-jacentes comme la tuberculose et le VIH. Dans les régions de forte prévalence de l'infection au VIH, les programmes de prise en charge de la malnutrition doivent aussi envisager des interventions visant à éviter la transmission du VIH et à soutenir la survie des mères et des enfants. Dans les camps où l'infection au VIH est répandue (prévalence du HIV supérieure à 1 %), tester les enfants souffrant de malnutrition afin d'établir leur statut séropositif et de déterminer leurs besoins en médicaments antirétroviraux.

Soutien à l'allaitement : Les mères de nourrissons hospitalisés ont besoin d'une aide professionnelle en matière d'allaitement comme partie intégrante de la réadaptation et du rétablissement nutritionnel. Cela est particulièrement important pour les enfants de moins de 6 mois et les mères atteintes d'un handicap.

Allouer suffisamment de temps et de ressources à cette activité, comme un espace privé réservé à l'allaitement au sein, afin de bien focaliser l'assistance professionnelle et de favoriser le soutien mutuel entre mères. Les mères allaitantes dont les nourrissons de moins de 6 mois souffrent de malnutrition sévère doivent recevoir des rations supplémentaires, quel que soit leur état nutritionnel. Si ces mères répondent aux critères anthropométriques de la malnutrition aiguë sévère, elles doivent également être admises au traitement.

Soutien psychosocial : Pendant la phase de rétablissement, une stimulation émotionnelle et physique par le jeu est importante pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. Cela encourage l'attachement maternel et une humeur positive de la mère. Les proches qui s'occupent de ces enfants ont souvent besoin d'un soutien social et psychosocial pour amener les enfants et les faire soigner. Certaines mères ont parfois aussi besoin d'être soutenues pour accéder à des services de soin de santé mentale pour traiter une dépression périnatale. Cela peut être atteint en mettant en place des programmes de mobilisation. Ces programmes doivent mettre l'accent sur l'importance de la stimulation et des interactions dans le traitement et la prévention de futurs handicaps et déficiences cognitives chez les enfants. Permettre à tous les proches qui s'occupent d'enfants souffrant de malnutrition aiguë de nourrir et de soigner leurs enfants pendant la phase de traitement, ce en leur fournissant des conseils, des démonstrations et des informations sur la santé et la nutrition. Faire attention à l'effet du traitement sur les proches aidants et la fratrie afin de garantir des services de garde d'enfants adéquats, d'éviter une séparation de la famille, de minimiser la détresse psychosociale et de maximiser l'éventuelle adhésion au traitement.

Lien avec les autres acteurs : Se coordonner avec les partenaires travaillant sur la protection de l'enfance et les violences fondées sexistes afin d'établir des parcours d'orientation et des protocoles de partage d'informations. Former le personnel en nutrition sur la façon de procéder à des orientations de soutien confidentielles pour les enfants exposés à des violences physiques, sexuelles ou émotionnelles, à de l'exploitation ou à des abus.

3. Carences en micronutriments

Les carences en micronutriments sont un problème socioéconomique dans de nombreux pays. Elles ont des conséquences importantes sur la santé des personnes, leurs capacités d'apprentissage et leur productivité. Ces carences contribuent au cercle vicieux de la malnutrition, du sous-développement et de la pauvreté, et affectent des groupes déjà défavorisés.

Les carences en micronutriments sont difficiles à détecter dans de nombreuses situations. Si les signes cliniques de graves carences s'avèrent relativement faciles à diagnostiquer, les carences subcliniques pèsent toutefois bien plus lourdement sur la santé et la survie des populations. Partir du principe qu'une crise aggravera toujours une situation préexistante de carences en micronutriments dans une population. Lutter contre ces carences en recourant à des interventions dans l'ensemble de la population et à des traitements individuels.

Il existe trois approches pour lutter contre les carences en micronutriments :

- **Supplémentation** : L'administration de micronutriments dans une forme facile à absorber aboutit normalement à des résultats rapides en termes de lutte contre les carences en micronutriments des individus ou des populations ciblées. Parmi les exemples figurent les programmes de supplémentation ciblant les anémies par un apport en fer, la supplémentation en acide folique chez les femmes enceintes et la supplémentation en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans.
- **Fortification** : Les produits alimentaires enrichis en micronutriments peuvent être une stratégie efficace dans la lutte contre les carences en micronutriments. Parmi les exemples figurent le sel iodé, les micronutriments en poudre ou de l'huile végétale enrichie en vitamine A.
- **Approches relatives à l'alimentation** : Les vitamines et les minéraux nécessaires pour prévenir des carences en micronutriments sont présents dans de nombreux aliments. Les politiques publiques et les programmes doivent garantir, toute l'année, une consommation accrue d'une variété, quantité et qualité d'aliments sûrs et riches en micronutriments.

Bien que ces trois approches soient utilisées pendant les crises, celle qui est la plus répandue et la plus largement utilisée est la supplémentation.



Standard 3 sur les carences en micronutriments : Carences en micronutriments

Des mesures sont prises pour traiter les carences en micronutriments.

Actions clés

- 1 Rassesembler des informations sur la situation d'avant-crise afin de déterminer les carences en micronutriments les plus répandues.
- 2 Former le personnel de santé sur la manière de détecter et de traiter les carences en micronutriments.
- 3 Établir des procédures permettant de faire face aux risques de carences en micronutriments.
- 4 Relier les interventions en micronutriments avec les interventions en santé publique afin de réduire les maladies fréquemment associées aux crises, comme la vitamine A pour traiter la rougeole ou le zinc pour traiter la diarrhée.

Indicateurs clés

Il n'existe pas de cas de scorbut, de pellagre, de bérubéri ou de carence en riboflavine

- ⊕ cf. annexe 5 : *Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments*. Elle contient une définition de l'importance de la santé publique par groupe d'âge et pour l'ensemble de la population.
- Utiliser les indicateurs nationaux ou spécifiques au contexte lorsqu'ils sont disponibles.

Les taux de xérophtalmie, d'anémie et de carence en iode ne sont pas importants en termes de santé publique.

- ⊕ cf. annexe 5 : *Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments*. Elle contient une définition de l'importance de la santé publique par groupe d'âge et pour l'ensemble de la population.
- Utiliser les indicateurs nationaux ou spécifiques au contexte lorsqu'ils sont disponibles.

Notes d'orientation

Diagnostic et traitement des carences cliniques en micronutriments : Les carences cliniques en micronutriments doivent toujours être diagnostiquées par du personnel médical qualifié. Si les indicateurs cliniques de ces carences sont intégrés dans les systèmes de surveillance de la santé et de la nutrition, former le personnel pour qu'il mène une évaluation de base, et s'y référer par la suite. Les définitions de cas

sont complexes ; dans les situations d'urgence, définir ces cas selon la réponse à la supplémentation.

Les carences subcliniques en micronutriments sont celles qui ne sont pas assez graves pour présenter des symptômes immédiatement repérables. Elles peuvent toutefois avoir des effets négatifs sur la santé. Elles sont détectées par des analyses biochimiques spécifiques. L'exception à cette règle est l'anémie, pour laquelle il existe un test de base facile à réaliser sur le terrain.

Il est possible d'utiliser des indicateurs indirects pour évaluer les risques de carences en micronutriments, et déterminer si une amélioration de l'apport nutritionnel ou le recours à la supplémentation est nécessaire. L'évaluation indirecte implique d'estimer les apports en micronutriments au niveau de la population et d'en extrapoler les risques de carences. Pour cela, étudier les données disponibles sur l'accès à la nourriture, la disponibilité et l'utilisation de nourriture, et évaluer l'adéquation de la ration alimentaire.

Prévention : Des stratégies de prévention des carences en micronutriments sont présentées dans la section 6 ci-dessous ⊕ cf. *Standard 6.1 sur l'aide alimentaire* : besoins nutritionnels généraux. La lutte contre des maladies est également fondamentale pour prévenir les carences en micronutriments. Les infections aiguës des voies respiratoires, la rougeole et les maladies parasitaires comme le paludisme, ainsi que les diarrhées, épuisent les réserves de micronutriments. Pour préparer les patients au traitement, il faudra mettre au point des définitions de cas et des règles pour le traitement, ainsi que des mécanismes de dépistage actif ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standards 2.2.1 et 2.2.2 sur la santé infantile*.

Traitement des carences en micronutriments : Le dépistage et le traitement doivent être organisés au sein du système de santé et des programmes d'alimentation. Lorsque les taux de carences en micronutriments sont supérieurs aux seuils de santé publique, un traitement global de la population avec des suppléments peut être approprié. Le scorbut (carence en vitamine C), la pellagre (carence en niacine), le béribéri (carence en thiamine) et l'aribo flavinose (carence en riboflavine) sont les maladies les plus couramment observées, et sont liées à des carences en micronutriments ⊕ cf. *Annexe 5 : Mesure de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments*

Les mesures de santé publique permettant de lutter contre les carences en micronutriments consistent à :

- fournir des suppléments de vitamine A lors de la vaccination des enfants entre 6 et 59 mois ;
- vermifuger tous les enfants entre 12 et 59 mois ;
- ajouter du sel iodé et d'autres produits enrichis comme de l'huile végétale enrichie en vitamine A et D dans le panier alimentaire, et fournir des micronutriments en poudre ou des suppléments en huile iodée ;
- fournir des produits mélangeant plusieurs micronutriments et contenant du fer pour les enfants entre 6 et 59 mois ;



- fournir aux femmes enceintes et allaitantes des suppléments quotidiens mêlant plusieurs micronutriments et contenant du fer, et notamment de l'acide folique.

Si des produits mêlant plusieurs micronutriments contenant du fer ne sont pas disponibles, fournir des suppléments quotidiens en fer et en acide folique aux femmes enceintes et aux femmes ayant accouché dans les 45 derniers jours.

Utiliser des indicateurs indirects ventilés selon le sexe pour évaluer le risque de carences en micronutriments dans la population affectée et déterminer le besoin d'une amélioration de l'apport quotidien ou du recours à des suppléments. Par exemple, les indicateurs indirects pour une carence en vitamines A peuvent inclure un poids faible à la naissance, une cachexie ou un retard de croissance. ⊕ *cf. Standard 1.2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle : évaluation de la situation nutritionnelle.*

4. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Un soutien approprié et en temps voulu de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (ANJE-E) sauve des vies et protège la nutrition, la santé et le développement des enfants. De mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant augmentent la vulnérabilité de ceux-ci à la sous-alimentation, à la maladie et à la mort, et compromettent la santé maternelle. Les risques augmentent lors de crises. Certains nourrissons et jeunes enfants sont particulièrement vulnérables, notamment :

- les nourrissons nés avec un poids faible ;
- les enfants séparés et non-accompagnés ;
- les nourrissons et les enfants de mères déprimées ;
- les enfants de moins de 2 ans n'étant pas allaités ;
- les enfants qui vivent dans des populations présentant une prévalence moyenne ou élevée du VIH ;
- les enfants handicapés, particulièrement ceux qui ont des difficultés à s'alimenter ;
- les nourrissons et les jeunes enfants souffrant de malnutrition aiguë, de cachexie ou de carences en micronutriments.

L'ANJE-E propose des actions et interventions visant à protéger et à répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons, qu'ils soient allaités ou non, et des jeunes enfants entre 0 et 23 mois. Les interventions prioritaires comprennent :

- protection et encouragement de l'allaitement ;
- alimentation complémentaire appropriée et sûre ; et
- gestion de l'alimentation au biberon pour les nourrissons ne pouvant être allaités.

Le soutien aux femmes enceintes et allaitantes est central pour le bien-être de leurs enfants. « L'allaitement exclusif » signifie que le nourrisson ne reçoit aucun autre liquide que le lait maternel, et aucun aliment solide, sauf les suppléments en micronutriments ou les médicaments nécessaires. Il garantit la sécurité des fluides et la sécurité alimentaire des nourrissons dans les six premiers mois de leur vie et offre une protection immunitaire active. L'allaitement assure un développement optimal du cerveau et continue de protéger la santé des nourrissons plus âgés et des enfants, surtout dans les situations où les conditions WASH sont mauvaises. L'allaitement protège également la santé maternelle en retardant les règles et en protégeant contre le cancer du sein. Il soutient le bien-être psychologique en renforçant l'attachement et la capacité de réaction.



Les actions clés de cette partie sont en accord avec les Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (Directives opérationnelles). Les Directives opérationnelles sont issues d'un Groupe de travail inter-agences dont le but est de fournir des conseils pratiques et précis permettant de garantir le respect d'une ANJE-E appropriée et du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (le « Code»).

Standard 4.1 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : directives et coordination

Des directives et une coordination assurent une alimentation appropriée, sans risque et en temps opportun des nourrissons et des jeunes enfants.

Actions clés

- 1 Désigner une autorité de coordination de l'ANJE-E au sein du mécanisme de coordination de la crise, et garantir une collaboration transversale entre les secteurs.
 - Partir du principe, dans la mesure du possible, que le gouvernement est l'autorité de coordination.
- 2 Inclure les spécifications des Directives opérationnelles dans les directives nationales et celles de l'organisation humanitaire relatives à la préparation.
 - Élaborer des règles et une déclaration communes en partenariat avec les autorités nationales dans les situations où il n'existe pas de règles.
 - Renforcer les politiques nationales concernées dans la mesure du possible.
- 3 Promouvoir une communication stable, harmonisée et en temps voulu sur l'ANJE-E à tous les niveaux de l'intervention.
 - Informer les organisations humanitaires, les donateurs et les médias le plus tôt possible sur toute règle et pratique de l'ANJE-E dès qu'elle est mise en place.
 - Informer les personnes touchées sur les services disponibles, les pratiques de l'ANJE-E et les mécanismes de retour d'informations.
- 4 Éviter d'accepter ou de demander des donations de substituts de lait maternel ou d'autres produits de lait liquide, de biberons ou de tétines.
 - Les donations arrivant malgré tout doivent être gérées par l'autorité désignée comme responsable, en conformité avec les Directives opérationnelles et le Code.
 - Être strict dans le ciblage, l'utilisation, l'approvisionnement, la gestion et la distribution des substituts de lait maternel. Ces actions doivent avoir pour base l'évaluation des risques et des besoins, l'analyse des données et les directives techniques.

Indicateurs clés

Pourcentage de règles adoptées en matière d'ANJE dans les situations d'urgence étant en conformité avec les spécifications des Directives opérationnelles.

Aucune violation du Code signalée

Pourcentage de donations de substituts de lait maternel (SLM), de produits de lait liquide, de bouteilles et de tétines violent le Code ayant été traitées au moment voulu

Notes d'orientation

Communication avec les personnes touchées, les intervenants et les médias :

Communiquer sur les services disponibles et les pratiques saines d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nécessitera d'adapter les messages selon les groupes apportant l'aide et selon le public. Lors de la diffusion des messages, prendre en compte les besoins particuliers des aidants familiaux que sont les grands-parents, les chefs de familles monoparentales, les enfants chefs de famille ou les membres de la fratrie et les aidants en situation de handicap, et encore les personnes vivant avec le VIH.

Code international de commercialisation des substituts de lait maternel : Le Code protège les bébés nourris artificiellement en garantissant un usage sûr des substituts de lait maternel. Il a pour base des informations impartiales, précises et s'applique à toutes les situations. Il doit être inclus dans la législation pendant la phase de préparation, et imposé pendant la réponse d'urgence. En l'absence de législation nationale, mettre au minimum en œuvre les dispositions du Code.

Le Code ne limite pas la disponibilité ni n'interdit l'usage de substituts de lait maternel, de biberons ou de tétines. Il encadre uniquement leur commercialisation, leur achat et leur distribution. Les violations courantes du Code pendant les situations de crise sont souvent liées à des problèmes d'étiquetage et à des distributions non ciblées. Pendant les crises, suivre et signaler toute violation du Code à l'UNICEF, à l'OMS et aux autorités locales.

Utiliser les indicateurs standards lorsqu'ils existent et élaborer des indicateurs spécifiques au contexte le cas échéant. Définir des critères de référence relatifs à l'ANJE-E afin de déterminer les progrès et les résultats en tenant compte du calendrier et des délais de l'intervention. Encourager l'utilisation continue d'indicateurs ANJE-E entre tous les partenaires opérationnels et dans les enquêtes. Refaire des évaluations ou des parties de l'évaluation de référence dans le cadre du suivi des interventions en ANJE-E. Utiliser les enquêtes annuelles pour déterminer l'effet de ces interventions.

Alimentation artificielle : Tous les substituts de lait maternel doivent respecter le Codex Alimentarius et le Code. L'accès à des services WASH adaptés est fondamental pour minimiser les risques liés à l'alimentation artificielle dans les



situations d'urgence. Le système de distribution des substituts de lait maternel dépendra du contexte, notamment de l'étendue de l'intervention. Ne pas inclure de lait maternisé et d'autres substituts de lait maternel dans les distributions alimentaires générales ou globales. Ne pas distribuer de produits de lait liquide en poudre ni de lait liquide comme des marchandises isolées. Les indications liées à et la gestion de l'alimentation artificielle doivent respecter les Directives opérationnelles et le Code, sous le contrôle de l'autorité de coordination de l'ANJE-E désignée.

Standard 4.2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : **Aide multisectorielle pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence**

Les mères et les proches s'occupant de nourrissons et de jeunes enfants ont accès en temps voulu à une aide alimentaire appropriée qui minimise les risques, est respectueuse de la culture locale et optimise les résultats en matière de nutrition, de santé et de survie.

Actions clés

- 1 Donner la priorité aux femmes enceintes et aux mères allaitantes pour l'accès aux transferts de vivres, d'argent liquide ou de coupons, et autres interventions de secours.
- 2 Fournir un accès à des conseils compétents en matière d'allaitement pour les femmes enceintes et allaitantes.
- 3 Cibler les mères de tous les nouveau-nés pour les encourager dès le début à un allaitement exclusif.
 - Fournir des conseils simples sur l'allaitement exclusif dans les services de maternité.
 - Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement exclusif chez les nourrissons âgés de 0 à 5 mois, et l'allaitement continu chez les enfants entre 6 mois et 2 ans.
 - Lorsque les nourrissons entre 0 et 5 mois ont une alimentation mixte, soutenir la période de transition vers l'allaitement exclusif.
- 4 Fournir des substituts de lait maternel appropriés, des équipements adaptés pour l'alimentation et des services de soutien pour les mères et les proches aidants dont les nourrissons ont besoin d'une alimentation artificielle.
 - Analyser la sécurité et la possibilité de relactation et de mise en nourrice lorsque les nourrissons ne sont pas allaités par leur mère. Tenir compte du contexte culturel et de la disponibilité des services dans ce type de situation.

- Si les substituts de lait maternel sont la seule option acceptable, inclure un pack d'aide de base avec équipement de cuisine et d'alimentation, une aide WASH et un accès à des services de santé.
- 5 Faire en sorte qu'une alimentation complémentaire sûre, suffisante et appropriée soit introduite en temps voulu.
- Évaluer l'alimentation des ménages pour vérifier si elle est adaptée comme alimentation complémentaire pour les enfants, et offrir des conseils spécifiques au contexte et un soutien pour l'alimentation complémentaire.
 - Garantir un accès à des équipements d'alimentation et de cuisine, en tenant compte des enfants ayant des difficultés à s'alimenter.
- 6 Aider à l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants particulièrement vulnérables.
- Encourager des activités de stimulation du nourrisson et des pratiques de soin et de développement précoce de l'enfant au sein des programmes de nutrition.
- 7 Fournir des suppléments en micronutriments si nécessaire.
- Fournir chaque jour aux femmes enceintes et allaitantes des suppléments, notamment la dose quotidienne recommandée en mélanges de micronutriments, afin que les réserves maternelles et la composition du lait maternel soient protégées, que ces femmes reçoivent des rations enrichies ou non.
 - Poursuivre les apports en suppléments de fer et d'acide folique si cela est déjà le cas.

Indicateurs clés

Pourcentage de mères allaitantes ayant accès à une aide compétente en matière d'allaitement

Pourcentage de proches s'occupant d'enfants ayant accès à un approvisionnement conforme au Code en substituts de lait maternel appropriés et à l'aide associée pour les nourrissons nécessitant une alimentation artificielle

Pourcentage de proches s'occupant d'enfants de 6 à 23 mois ayant accès en temps voulu à des aliments complémentaires appropriés, nutritionnellement adéquats et sûrs



Notes d'orientation

Évaluation et suivi de l'ANJE-E : Évaluer les besoins et les priorités pour l'intervention en ANJE-E et suivre l'effet des interventions en ANJE-E ⊕ cf. *Standard 1.2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle : évaluation de la situation nutritionnelle.*

Collaboration multi-secteurs : Parmi les points d'entrée sectoriels pour identifier et soutenir l'ANJE-E figurent :

- les soins prénatals et postnatals ;
- les points de vaccination ;
- le suivi de la croissance ;
- le développement de la petite enfance ;
- les services de traitement du VIH (notamment la prévention de la transmission mère-enfant) ;
- le traitement de la malnutrition aiguë ;
- la santé communautaire, la santé mentale et le soutien psychosocial ;
- les services WASH ;
- les lieux de travail ; et
- le travail de vulgarisation agricole.

Groupes cibles : Toutes les données d'évaluation et des programmes pour les enfants de moins de 5 ans doivent être ventilées selon l'âge et le sexe : 0–5 mois, 6–11 mois, 12–23 mois et 24–59 mois. La ventilation selon le handicap est conseillée à partir de 24 mois.

Définir et mettre en place des services pour répondre aux besoins en soins et en nutrition des nourrissons et jeunes enfants handicapés, séparés et non accompagnés. Orienter les enfants séparés et non accompagnés vers des partenaires spécialisés dans la protection de l'enfance. Définir la proportion de femmes enceintes et allaitantes.

Analyser les populations présentant une prévalence moyenne ou élevée du VIH, des enfants séparés et non accompagnés, des jeunes enfants ayant un poids faible à la naissance, des enfants handicapés et qui ont des difficultés à s'alimenter, des enfants de moins de 2 ans qui ne sont pas allaités, et des enfants qui souffrent de malnutrition aiguë. Garder à l'esprit que les enfants dont la mère souffre de dépression ont plus de risque de souffrir de malnutrition.

Femmes enceintes et allaitantes : Si les besoins des femmes enceintes et allaitantes ne sont pas satisfaits dans les programmes d'aide alimentaire ou monétaire (argent liquide ou coupons), cibler les femmes enceintes et allaitantes avec des aliments enrichis. Donner des suppléments en micronutriments dans le respect des recommandations de l'OMS.

Organiser un soutien psychosocial pour les mères en détresse, y compris en les orientant vers des services de santé mentale si cela est nécessaire. Prévoir un soutien approprié pour les mères en situation de handicap.

Créer des endroits sûrs dans les camps ou autres espaces collectifs pour que les femmes puissent y allaiter, tels que des espaces accueillants pour les bébés avec des zones spécialement réservées à l'allaitement.

Nourrissons allaités : La planification et l'allocation de ressources doivent prévoir un soutien compétent à l'allaitement lorsqu'il s'agit de gérer des situations difficiles.

Cela peut concerner les nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aiguë, les populations où l'alimentation mixte est très répandue, ainsi que l'alimentation des nourrissons dans un contexte d'infection au VIH.

Nourrissons non allaités : Dans toutes les situations de crise, protéger les nourrissons et les jeunes enfants qui ne sont pas allaités et les soutenir pour que leurs besoins nutritionnels soient satisfaits. Les conséquences liées au fait de ne pas allaiter varient selon l'âge et l'enfant. Les enfants les plus jeunes sont les plus vulnérables aux maladies infectieuses. Ils dépendent en effet de l'accès à un approvisionnement garanti de substituts de lait maternel, de combustible, d'équipements et au respect de conditions WASH.

Lait maternisé et autres substituts de lait maternel : Le lait maternisé est un substitut de lait maternel approprié pour les nourrissons entre 0 et 5 mois. Donner de préférence du lait maternisé prêt à l'emploi sous forme liquide, car il ne nécessite aucune préparation et comporte moins de risques en termes de sécurité que le lait maternisé en poudre.

Concernant le lait maternisé prêt à l'emploi, il est fondamental de l'utiliser correctement, de le stocker avec soin et de respecter l'hygiène des ustensiles d'alimentation. Le lait maternisé prêt à l'emploi est un produit encombrant et donc cher à transporter et à stocker. Utiliser d'autres laits liquides chez les enfants de plus de 6 mois. Les laits alternatifs incluent le lait entier pasteurisé de vache, de chèvre, de brebis, de chameau ou de buffle ; le lait liquide ultra haute température ; le lait liquide fermenté ; ou le yaourt.

L'utilisation de lait maternisé pour les enfants de plus de 6 mois dépendra des pratiques d'avant-crise, des ressources disponibles, des sources de laits liquides alternatifs, de l'adéquation des aliments complémentaires et des règles de l'organisation humanitaire. Les indications relatives à l'utilisation de substituts de lait maternel peuvent porter sur le court terme ou le long terme. Les laits deuxième âge, les laits liquides de croissance et les laits troisième âge commercialisés pour les enfants de plus de 6 mois ne sont pas nécessaires.

Un agent de santé ou de nutrition spécialisé peut déterminer le besoin en lait maternisé par une évaluation, un suivi et un accompagnement individualisés. Lorsqu'il n'est pas possible de réaliser une évaluation individuelle, consulter l'autorité de coordination et les organisations humanitaires spécialisées pour obtenir des conseils sur les critères d'évaluation et de ciblage. Fournir du lait maternisé jusqu'à ce que l'enfant soit nourri au sein, ou au moins jusqu'à ses 6 mois. Lors de la fourniture de substitut de lait maternel aux enfants qui en ont besoin, ne pas encourager par inadvertance les mères allaitantes à en utiliser également.

Ne pas utiliser de biberons car ils sont difficiles à nettoyer. Encourager et soutenir l'alimentation avec une tasse.

Maintenir une surveillance de la morbidité au niveau des individus et de la population, en portant une attention particulière à la diarrhée.



L'alimentation complémentaire commence à partir du moment où le lait maternel n'est plus suffisant pour répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons, et où d'autres aliments et liquides sont nécessaires en plus du lait maternel. Des aliments et liquides complémentaires, qu'ils soient produits industriellement ou préparés localement, doivent être apportés aux enfants entre 6 et 23 mois.

Les carences préexistantes ou existantes en micronutriments sont essentielles dans la définition des options de soutien à l'alimentation complémentaire. Parmi les autres éléments à intégrer figurent le caractère abordable et la disponibilité d'un régime nutritif, le caractère saisonnier de l'approvisionnement en nourriture et l'accès à des aliments complémentaires de bonne qualité, disponibles localement. Parmi les options d'intervention en alimentation complémentaire figurent :

- une aide monétaire pour acheter des aliments riches en nutriments et fortifiés, disponibles localement ;
- la distribution de denrées alimentaires riches en nutriments ou d'aliments fortifiés ;
- la fourniture d'aliments enrichis de plusieurs micronutriments pour les enfants entre 6 et 23 mois ;
- l'enrichissement des aliments à domicile avec des suppléments en micronutriments, comme des micronutriments en poudre ou d'autres suppléments ;
- des programmes de moyens d'existence ; et
- des programmes de type « filet de sécurité ».

Envisager des actions de formation ou de communication en parallèle de l'aide monétaire afin que les personnes touchées comprennent comment utiliser le mieux possible l'argent liquide pour se nourrir correctement.

Supplémentation en micronutriments : Les enfants entre 6 et 59 mois ne recevant pas d'aliments enrichis peuvent avoir besoin de suppléments en micronutriments pour répondre à leurs besoins nutritionnels. Des suppléments en vitamine A sont conseillés. Dans les régions où le paludisme est endémique, fournir du fer sous quelque forme que ce soit, y compris des micronutriments en poudre, toujours en accompagnant avec des stratégies de diagnostic, de prévention et de traitement du paludisme. Parmi les exemples de stratégies de prévention du paludisme, on peut citer la fourniture de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide et des programmes de lutte antivectorielle, un diagnostic rapide du paludisme, et un traitement par médication antipaludique efficace. Ne pas donner de fer aux enfants qui n'ont pas accès à des stratégies de prévention du paludisme. Fournir du fer et de l'acide folique, ou des suppléments de plusieurs micronutriments aux femmes enceintes et allaitantes, en conformité avec les directives les plus récentes.

VIH et alimentation du nourrisson : Les mères vivant avec le VIH doivent être encouragées à allaiter pendant au moins 12 mois, et jusqu'à 24 mois ou plus pendant qu'elles reçoivent une thérapie antirétrovirale. Si les médicaments antirétroviraux ne sont pas disponibles, choisir la stratégie offrant aux nourrissons la plus grande chance de survivre sans le VIH. Cela revient à évaluer et à comparer les risques de

la transmission VIH par rapport aux risques de décès de l'enfant par des causes non liées au VIH. Soutenir les mères et les proches aidants en conséquence. Accorder la priorité à un accès accéléré aux médicaments antirétroviraux ⊕ cf. *Soins de santé essentiel – Standard 2.3.3 sur la santé sexuelle et reproductive : VIH.*

Fournir des conseils aux mères allaitantes et aux nourrices non infectées par le VIH, ainsi qu'à celles qui ignorent leur statut VIH, afin qu'elles optent pour l'allaitement exclusif de leur bébé pendant ses 6 premiers mois. Puis, introduire des aliments complémentaires tout en continuant l'allaitement jusqu'à ce que l'enfant ait 24 mois ou plus. Les nourrissons recevant déjà une alimentation de remplacement doivent être identifiés et soutenus en urgence.

Se référer aux directives nationales et régionales existantes, et évaluer si elles sont en conformité avec les dernières recommandations de l'OMS. Déterminer si elles sont appropriées pour le nouveau contexte de la crise, en tenant compte de l'évolution de l'exposition au risque de maladie infectieuse n'étant pas le VIH, de la durée estimée de la situation d'urgence, en déterminant s'il est possible ou non de fournir une alimentation de remplacement, et en évaluant la disponibilité des médicaments antirétroviraux. Il peut être nécessaire de mettre à jour, d'éditer et de transmettre les directives provisoires aux mères et aux proches aidants.

Violences sexistes, protection de l'enfance et nutrition : Violences sexistes, inégalités entre les sexes et nutrition sont souvent interconnectées. La violence domestique peut exposer les femmes et leurs enfants à des risques pour leur santé et leur bien-être. Le personnel de nutrition doit procéder à des orientations de soutien confidentielles des proches aidants ou des enfants exposés à des violences sexistes ou à de la maltraitance. Parmi les autres éléments à intégrer figurent des conseils, un travail de fond pour créer des lieux de traitement accueillants pour les femmes et les enfants, et le suivi régulier des taux d'abandon et d'absence de réaction au traitement. Envisager d'intégrer dans les équipes de nutrition des travailleurs sociaux spécialisés dans la protection de l'enfance et les violences sexistes ⊕ cf. *Principes de protection 3 et 4.*

Situations d'urgence de santé publique : Dans les crises de santé publique, prendre des mesures permettant d'éviter toute interruption dans l'accès aux services de santé et de soutien à l'alimentation, afin de garantir une sécurité alimentaire et des moyens d'existence continus dans le ménage, et de minimiser les risques de transmission de maladie liée à l'allaitement, ainsi que la morbidité et la mortalité maternelles. Se référer aux directives de l'OMS si nécessaire pour le choléra, les virus Ebola et Zika.



5. Sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire existe lorsque toutes les personnes ont un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, sûre et nutritive qui réponde à leurs besoins et préférences alimentaires, et leur permette de mener une vie saine et active.

La sécurité alimentaire est influencée par des facteurs macroéconomiques, socio-politiques et environnementaux. Les politiques, procédures ou institutions nationales et internationales peuvent avoir une incidence sur la capacité des personnes affectées à accéder à une nourriture adéquate du point de vue nutritionnel. La dégradation de l'environnement local et les conditions météorologiques de plus en plus variables et extrêmes du fait du changement climatique affectent également la sécurité alimentaire.

Dans une crise humanitaire, les interventions de sécurité alimentaire doivent viser à répondre aux besoins à court terme et à réduire la nécessité qu'a la population affectée de recourir à des stratégies d'adaptation potentiellement néfastes. Au fil du temps, les interventions doivent protéger et rétablir les moyens d'existence, stabiliser ou créer des possibilités d'emploi et contribuer à restaurer la sécurité alimentaire à long terme. Elles ne doivent pas avoir un effet négatif sur les ressources naturelles ni sur l'environnement.

L'insécurité alimentaire des ménages est l'une des quatre causes sous-jacentes de la sous-alimentation, avec de mauvaises pratiques en matière de soins et d'alimentation, un environnement insalubre dans le foyer et des soins de santé inadéquats.

Les standards de ce chapitre prennent en compte les ressources nécessaires pour répondre tant aux besoins de la population en général qu'à ceux de personnes plus exposées à un risque nutritionnel, comme les enfants de moins de 5 ans, les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA, les personnes âgées, les personnes souffrant de maladie chronique ou les personnes handicapées.

Toutes les interventions visant à traiter la malnutrition auront un effet limité si les besoins alimentaires de la population globale ne sont pas satisfaits. Les personnes qui se rétablissent de la malnutrition mais ne peuvent maintenir un apport adéquat en nourriture verront leur statut nutritionnel se dégrader à nouveau.

Le choix des options de réponse les plus efficaces en cas de crise nécessite une analyse approfondie des besoins, ventilée selon le sexe, des préférences des ménages, du rapport coût-efficacité et de l'efficacité, ainsi que des risques en matière de protection et des variations saisonnières. Il convient également de définir le type et la quantité spécifiques de nourriture nécessaire, et la meilleure façon de la distribuer.

La nourriture est la principale dépense des ménages vulnérables. Une aide monétaire peut permettre aux bénéficiaires de mieux gérer leurs ressources globales même si cela dépend du montant de l'aide fournie. Une analyse collaborative et les objectifs du programme orienteront le ciblage, le montant du transfert monétaire et toute autre condition influençant ce transfert.

Les interventions de sécurité alimentaire doivent progressivement chercher à s'appuyer sur les marchés locaux et à les soutenir. Les décisions relatives aux achats au niveau local, national ou régional doivent reposer sur une compréhension des marchés, notamment des fournisseurs de services financiers et des acteurs du marché. Les programmes établis sur les marchés peuvent également soutenir ces marchés, par ex. sous forme de soutien financier aux marchand pour le réapprovisionnement ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés* et *manuel MERS*.

Standard 5 sur la sécurité alimentaire : Sécurité alimentaire générale

Les personnes reçoivent une aide alimentaire qui garantit leur survie et leur dignité, empêche l'érosion de leurs biens et renforce leur résilience.

Actions clés

- 1 À partir des données de l'évaluation de la sécurité alimentaire, concevoir l'intervention afin de répondre aux besoins immédiats, et envisager les mesures à prendre pour soutenir, protéger, promouvoir et rétablir la sécurité alimentaire.
 - Envisager des options à la fois en nature et en argent pour le panier alimentaire.
- 2 Mettre au point le plus tôt possible des stratégies de transition et de sortie pour tous les programmes de sécurité alimentaire.
 - Intégrer les programmes avec les interventions des autres secteurs.
- 3 Faire en sorte que les bénéficiaires aient accès aux connaissances nécessaires, aux compétences et services assurant un soutien pour leur adaptation et pour leurs moyens d'existence.
- 4 Protéger, préserver et restaurer l'environnement naturel de toute dégradation supplémentaire.
 - Tenir compte de l'effet du combustible de cuisine sur l'environnement.
 - Envisager des stratégies d'amélioration des moyens d'existence qui ne contribuent pas à la déforestation ou à l'érosion des sols.
- 5 Suivre le niveau d'acceptabilité des interventions humanitaires en sécurité alimentaire et leur accessibilité pour différents groupes et individus.



- 6 Faire en sorte que les bénéficiaires soient consultés sur la conception de l'intervention et traités avec respect et dignité.
- Créer un mécanisme permettant des retours d'information.

Indicateurs clés

Pourcentage de ménages ciblés ayant un score de consommation alimentaire acceptable

- >35 % ; >42 % si l'huile et le sucre sont fournis.

Pourcentage de ménages ciblés ayant un score de diversité alimentaire acceptable

- >5 groupes alimentaires principaux sont consommés régulièrement.

Pourcentage de ménages ciblés ayant un Indice de stratégie d'adaptation acceptable

Pourcentage de bénéficiaires faisant des réclamations ou des retours négatifs à propos de la dignité dans leur traitement

- Toutes les réclamations sont régulièrement suivies et reçoivent rapidement une réponse.

Notes d'orientation

Contexte : Faire un suivi de la situation générale de la sécurité alimentaire afin d'évaluer la pertinence d'une poursuite de l'intervention. Déterminer quand il faut mettre un terme à certaines activités, apporter des modifications ou lancer de nouveaux projets, et repérer tout besoin de plaidoyer.

Dans les zones urbaines, prendre des mesures pour replacer les indicateurs relatifs aux dépenses des ménages dans leur contexte, notamment dans les zones d'établissement denses à faibles revenus. La Part des dépenses alimentaires et ses seuils établis, par exemple, peuvent se révéler peu pertinents dans les zones urbaines car les dépenses non-alimentaires, comme le loyer et le chauffage, sont relativement plus élevées.

Stratégies de sortie et de transition : Commencer à développer des stratégies de sortie et de transition dès le début du programme. Avant de fermer un programme ou d'entamer une transition vers une nouvelle phase, il est nécessaire de démontrer que la situation s'est améliorée ou qu'un autre acteur peut assumer la responsabilité de l'opération. En cas d'aide alimentaire, cela peut impliquer de comprendre les systèmes de protection sociale ou de type « filet de sécurité » à long terme existants ou prévus.

Les programmes d'aide alimentaire peuvent être coordonnés avec les systèmes de protection sociale ou servir de base pour de tels systèmes plus tard. Les organisations humanitaires peuvent également défendre la mise en place de systèmes

luttant contre l'insécurité alimentaire chronique à partir d'une analyse de l'Insécurité alimentaire chronique lorsqu'elle est disponible ⊕ cf. *manuel MERS*.

Groupes à risque : Utiliser les évaluations communautaires des risques et les autres suivis participatifs afin de lutter contre toute habitude mettant en danger des groupes ou des individus en particulier. Par exemple, la distribution de combustible et/ou de poêles économes en combustible peut réduire les risques d'agression sexuelle et physique des femmes et des filles. Les transferts d'argent liquide supplémentaires, notamment aux ménages ou individus vulnérables, comme les familles où la mère ou un enfant est chef de famille, ou les ménages comportant des personnes handicapées, peuvent réduire les risques d'exploitation sexuelle et de travail des enfants.

Structures de soutien communautaire : Concevoir des structures de soutien communautaire en collaboration avec les utilisateurs, de sorte qu'elles soient maintenues de façon appropriée et adéquate, et qu'elles soient davantage susceptibles de perdurer après la fin du programme. Tenir compte des besoins des personnes vulnérables pendant la conception. Les filles et les garçons séparés de leur famille ou non-accompagnés par exemple, peuvent être dépourvus des informations et du développement de compétences qui se transmettent au sein d'une famille ⊕ cf. *Engagement n°4 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.

Soutien aux moyens d'existence : ⊕ Cf. *Standards 7.1 et 7.2 de la sécurité alimentaire et la nutrition sur les moyens d'existence, manuel MERS et manuel LEGS*.

Effet sur l'environnement : Les personnes vivant dans des camps ont besoin de combustible pour la cuisine, ce qui peut accélérer la déforestation locale. Envisager des options comme la distribution de combustible, de poêles économes et d'énergies alternatives. Intégrer les éventuels bénéfices pour l'environnement en proposant des coupons orientés vers des biens et des services respectueux de l'environnement. Rechercher des possibilités de modifier les anciennes habitudes alimentaires et de cuisine ayant causé une dégradation de l'environnement. Tenir compte des tendances en matière de changement climatique. Donner la priorité aux activités apportant une assistance à court terme et réduisant les risques de crise à moyen et long terme. La réduction du cheptel par exemple, peut diminuer localement la pression sur les pâturages pendant une sécheresse ⊕ Cf. *Standard 7 sur les abris et l'habitat : Pérennité environnementale*.

Accès et acceptabilité : Les personnes sont plus enclines à participer à un programme s'il est facile d'accès et s'il comporte des activités acceptables. Recourir à une conception participative impliquant tous les membres de la population touchée afin de garantir une couverture globale sans discrimination. Bien que certaines interventions de sécurité alimentaire ciblent les personnes économiquement actives, les interventions doivent être accessibles à tout le monde. Pour surmonter les obstacles rencontrés par les groupes à risque, collaborer activement avec eux pour concevoir des activités et organiser des structures d'appui appropriées.



6. Aide alimentaire

Une aide alimentaire est nécessaire lorsque la qualité et la quantité de nourriture disponible, ou l'accès à la nourriture est insuffisant pour éviter une morbidité, une mortalité ou une malnutrition excessive. Elle comprend les interventions humanitaires visant à améliorer la disponibilité de la nourriture et son accessibilité, à sensibiliser les personnes sur la nutrition et les pratiques alimentaires. Ce type d'intervention doit également protéger et renforcer les moyens d'existence des personnes affectées. Parmi les options d'intervention figurent la distribution de denrées alimentaires en nature, d'aide monétaire, un soutien à la production et un soutien aux marchés. Si la toute première priorité au début d'une crise est de répondre aux besoins immédiats, les interventions doivent préserver et protéger les biens, aider à restaurer les biens perdus du fait de la crise, et améliorer la résilience face aux menaces futures.

L'aide alimentaire peut également être utilisée pour éviter que les personnes ne recourent à des stratégies d'adaptation négatives, comme la vente de biens de production, la surexploitation ou la destruction des ressources naturelles, ou l'accumulation de dettes.

Il existe toute une série d'outils pouvant être utilisés dans les programmes d'aide alimentaire, notamment :

- des distributions générales de vivres (nourriture en nature, aide monétaire pour l'achat de nourriture) ;
- des programmes de supplémentation alimentaire de portée globale ;
- des programmes de supplémentation alimentaire ciblés ;
- la fourniture de services et de moyens pertinents, notamment le transfert de compétences et de connaissances.

Les distributions générales de vivres apportent un soutien à ceux qui en ont le plus besoin. Mettre un terme à ces distributions lorsque les bénéficiaires ont retrouvé la capacité de produire leur nourriture ou d'y accéder par d'autres moyens. Des actions de transition peuvent être nécessaires, tels que l'aide monétaire conditionnelle ou le soutien aux moyens d'existence.

Les personnes ayant des besoins spécifiques en termes nutritionnels peuvent avoir besoin de suppléments alimentaires en plus des rations générales. Cela concerne les enfants de 6 à 59 mois, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH ainsi que les femmes enceintes ou allaitantes. Dans de nombreuses situations, une supplémentation alimentaire sauve des vies. Une alimentation sur site ne doit être organisée que si les personnes n'ont pas la possibilité de cuisiner par eux-mêmes. Cela peut être nécessaire immédiatement après une crise, pendant des déplacements de population ou

quand les conditions de sécurité risqueraient de mettre en danger les personnes qui reçoivent des rations à emporter. Cela peut aussi être utilisé pour une alimentation d'urgence dans les écoles, même si des rations à emporter peuvent aussi être distribuées dans les écoles. Tenir compte du fait que les enfants n'allant pas à l'école n'auront pas accès à ces distributions ; prévoir des mécanismes permettant d'atteindre ces enfants.

L'aide alimentaire requiert une bonne gestion de la chaîne d'approvisionnement et des capacités logistiques permettant de gérer efficacement les marchandises.

La gestion d'un système d'aide monétaire doit être solide et fiable, et faire l'objet d'un suivi systématique ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Standard 6.1 sur l'aide alimentaire : Besoins nutritionnels généraux

Les besoins nutritionnels des personnes affectées, notamment les plus vulnérables, sont satisfaits.

Actions clés

- 1 Mesurer les niveaux d'accès à une nourriture en quantité et en qualité suffisantes.
 - Évaluer fréquemment le niveau d'accès pour voir s'il est stable ou susceptible de diminuer.
 - Évaluer l'accès des personnes affectées aux marchés.
- 2 Concevoir l'aide monétaire et alimentaire afin de répondre aux besoins standards initiaux en énergie, protéines, matières grasses et micronutriments.
 - Préparer les rations de façon à compenser la différence entre les besoins nutritionnels et ce que les personnes peuvent apporter elles-mêmes pour subvenir à leurs besoins.
- 3 Protéger, promouvoir et faciliter l'accès des personnes affectées à des aliments nutritifs et à un soutien nutritionnel.
 - Veiller à ce que les enfants de 6 à 24 mois aient accès à des aliments complémentaires, et que les femmes enceintes et allaitantes aient accès à un soutien nutritionnel supplémentaire.
 - Veiller à ce que les ménages comportant des personnes souffrant de maladies chroniques, des personnes vivant avec le VIH ou la tuberculose, des personnes âgées et des personnes handicapées aient accès à des aliments nutritifs appropriés et à un soutien nutritionnel adapté.



Indicateurs clés

Prévalence de la malnutrition chez les enfants < 5 ans ventilée selon le sexe, ventilée selon le handicap à partir de 24 mois

- Utiliser le système de classification de l'OMS (MAA, DAM-F).
- Pour la ventilation selon le handicap, utiliser le module de l'UNICEF/Groupe de Washington sur le fonctionnement de l'enfant.

Pourcentage de ménages ciblés ayant un score de consommation alimentaire acceptable

- >35 % ; >42 % si l'huile et le sucre sont fournis.

Pourcentage de ménages ciblés ayant un score de diversité alimentaire acceptable

- >5 groupes alimentaires principaux sont consommés régulièrement.

Pourcentage de ménages ciblés dont les besoins énergétiques alimentaires minimum (2 100 kCal par personne et par jour) et les apports journaliers recommandés en micronutriments sont satisfaits

Notes d'orientation

Réaliser un suivi de l'accès à la nourriture : Tenir compte de différentes variables, notamment les niveaux de sécurité alimentaire, l'accès aux marchés, les moyens d'existence, la santé et la nutrition. Cela permet de déterminer si la situation est stable ou si elle se détériore, et si des interventions alimentaires sont nécessaires. Utiliser des indicateurs indirects comme le score de consommation alimentaire ou le score de diversité alimentaire.

Formes de l'assistance : Utiliser des formes appropriées pour l'aide (argent, coupons ou en nature), ou leur combinaison pour garantir la sécurité alimentaire. Lorsqu'une aide monétaire est utilisée, envisager des distributions de vivres complémentaires ou supplémentaires pour répondre aux besoins de groupes spécifiques. Analyser l'adéquation des marchés à répondre à des besoins nutritionnels particuliers, et recourir à des méthodologies spécifiques, notamment l'outil d'évaluation du « coût minimum d'une alimentation équilibrée ».

Conception des rations alimentaires et qualité nutritionnelle : Il existe plusieurs outils de planification des rations, par exemple NutVal. Pour la planification des rations générales, ⊕ cf. *Annexe 6 : Besoins nutritionnels*. Si la ration est destinée à fournir toute la valeur énergétique du régime alimentaire, elle doit contenir une quantité suffisante de tous les nutriments. Si la ration ne doit couvrir qu'une partie de l'apport énergétique de l'alimentation, elle peut être conçue selon l'une des deux manières suivantes :

- Si la valeur nutritionnelle des autres aliments dont la population dispose n'est pas connue, la ration doit être préparée de façon à fournir un contenu nutritionnel équilibré proportionnel au contenu énergétique de la ration.

- Si la valeur nutritionnelle des autres aliments dont la population dispose est connue, la ration doit être conçue comme un complément et compenser les manques de certains nutriments.

Les chiffres approximatifs suivants relatifs aux besoins nutritionnels minimums d'une population doivent être utilisés pour préparer les rations générales et ajustés selon le contexte.

- 2 100 kcal/personne/jour avec 10-12 % de l'énergie totale fournie par des protéines et 17 % fournie par des matières grasses ⊕ cf. *Annexe 4 : Besoins nutritionnels*, pour de plus amples détails.

Assurer un contenu nutritionnel adéquat des rations alimentaires peut être compliqué lorsque les types d'aliments disponibles sont limités. Tenir compte de l'accès au sel iodé, à la niacine, à la thiamine et à la riboflavine. Parmi les actions permettant d'améliorer la qualité nutritionnelle de la ration figurent l'enrichissement des aliments de base, notamment l'ajout d'aliments composés enrichis, et l'encouragement à acheter des produits frais produits localement à l'aide de coupons. Envisager le recours aux produits de supplémentation alimentaire, comme des aliments à base lipidique, des aliments riches en nutriments, prêts à l'emploi, ou des comprimés ou des poudres mêlant plusieurs micronutriments. Communiquer sur l'ANJE-E afin de garantir une promotion optimale de l'allaitement et des pratiques d'alimentation complémentaires ⊕ cf. *Standards 4.1 et 4.2. de la sécurité alimentaire et de la nutrition sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.

Lors de la planification des rations, consulter la communauté locale afin de prendre en compte les préférences culturelles et locales. Choisir des aliments ne nécessitant pas une longue cuisson si le combustible est rare. Si les rations sont modifiées, communiquer cette information à toute la communauté le plus tôt possible afin de minimiser les ressentiments, et de limiter le risque de violence domestique contre les femmes qui risquent d'être jugées responsables d'une réduction des rations. Communiquer clairement sur le plan de sortie dès le début afin de limiter les attentes, de réduire l'anxiété et de permettre aux ménages de prendre les décisions qui s'imposent.

Lien avec les programmes de santé : L'aide alimentaire peut prévenir la dégradation de l'état nutritionnel de la population touchée surtout si elle est associée à des mesures de santé publique visant à prévenir des maladies comme la rougeole, le paludisme et les infections parasitaires ⊕ cf. *Standard 1.1 des Systèmes de santé : Fourniture de services de santé et Soins de santé essentiels – Standard 2.1 sur les maladies transmissibles : Prévention*.

Suivi de l'utilisation de la nourriture : Les indicateurs clés pour l'aide alimentaire concernent l'accès à la nourriture, mais ne mesurent pas l'utilisation de cette nourriture. Une mesure directe de l'apport nutritionnel n'est pas réaliste. Une bonne alternative est la mesure indirecte réalisée à partir de sources diverses telles que le suivi de la disponibilité et de l'utilisation des aliments au niveau du ménage, l'évaluation du prix des denrées alimentaires et la disponibilité des denrées et du combustible de cuisine sur les marchés locaux. Parmi les autres options figurent l'examen des



plans et des archives de distribution d'aide alimentaire, l'évaluation des contributions en aliments sauvages et les enquêtes d'évaluation de la sécurité alimentaire.

Groupes à risque : Lors de la définition des critères d'éligibilité à l'aide alimentaire, consulter les différents groupes afin d'identifier tout besoin particulier risquant de ne pas être pris en compte. Inclure des aliments adaptés et acceptables comme des aliments composés enrichis pour les jeunes enfants (âgés de 6 à 59 mois) dans la ration générale. Les groupes de population spécifiques susceptibles de nécessiter une attention particulière sont : les personnes âgées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes handicapées, et les proches aidants.

Les personnes âgées : Une maladie chronique et un handicap, l'isolement, une famille de grande taille, le froid et la pauvreté peuvent freiner l'accès à la nourriture et augmenter les besoins en nutriments. Les personnes âgées doivent pouvoir accéder aux sources de nourriture et aux distributions de vivres. Les aliments doivent être faciles à préparer et à consommer, et répondre aux besoins en protéines et micronutriments supplémentaires des personnes âgées.

Les personnes vivant avec le VIH : Il existe un plus grand risque de malnutrition pour les personnes vivant avec le VIH. Cela peut être lié à des facteurs comme un apport alimentaire réduit, une mauvaise absorption des nutriments, des changements du métabolisme, des infections chroniques et la maladie. Les besoins énergétiques des personnes vivant avec le VIH augmentent en fonction du stade de l'infection. Le fait de mouliner et d'enrichir les aliments, ou de mettre à disposition des suppléments alimentaires enrichis, composés ou spéciaux sont autant de possibilités d'améliorer l'accès à un régime alimentaire adéquat. Dans certaines situations, il peut s'avérer utile d'augmenter la taille générale de toutes les rations alimentaires. Orienter les personnes vivant avec le VIH souffrant de malnutrition vers des programmes d'alimentation ciblés, dans la mesure du possible.

Les personnes handicapées, notamment les personnes souffrant d'un handicap psychosocial, risquent particulièrement, en période de crise, de se retrouver séparées de leur entourage familial immédiat et de leurs soignants habituels. Elles peuvent aussi faire l'objet de discrimination. Réduire ces risques en garantissant l'accès physique à la nourriture, l'accès à des aliments énergétiques et riches en nutriments, et en mettant en place des mécanismes d'aide à l'alimentation. Il peut s'agir ici de fournir des mixeurs, des cuillères et des pailles, ou de mettre en place des systèmes de visite à domicile ou de proximité. Par ailleurs, tenir compte du fait que les enfants en situation de handicap vont moins à l'école, et sont plus susceptibles de manquer les programmes alimentaires organisés dans les écoles.

Proches aidants : Il est important que les proches qui s'occupent de personnes vulnérables soient soutenus. Les proches aidants et les personnes dont ils s'occupent peuvent rencontrer des obstacles spécifiques pour leur alimentation. Ils peuvent par exemple avoir de moins de temps pour aller chercher de la nourriture parce qu'ils sont malades ou parce qu'ils s'occupent de malades. Ils peuvent avoir à prendre des précautions d'hygiène supplémentaires. Ils ont peut-être moins de

biens personnels à échanger contre de la nourriture en raison du coût des traitements ou des frais de funérailles. Ils peuvent aussi faire l'objet d'une stigmatisation sociale et n'avoir qu'un accès limité aux mécanismes de soutien communautaire. S'appuyer sur les réseaux sociaux existants pour former certains membres de la population à soutenir les proches aidants.

Standard 6.2 sur l'aide alimentaire : Qualité de la nourriture, caractère approprié et acceptable

Les denrées alimentaires fournies sont d'une qualité appropriée, sont acceptables et peuvent être utilisées rationnellement et efficacement.

Actions clés

- 1 Choisir des denrées conformes aux normes nationales du pays d'accueil et à d'autres normes de qualité reconnues au niveau international.
 - Effectuer des tests aléatoires sur les stocks de nourriture.
 - Comprendre et respecter la réglementation nationale concernant l'acquisition et l'utilisation d'organismes génétiquement modifiés lorsque l'utilisation de nourriture importée est prévue.
- 2 Choisir des emballages alimentaires appropriés.
 - Apposer des étiquettes indiquant la date de production, le pays d'origine, la date de péremption ou la date limite d'utilisation optimale, la composition nutritionnelle et les instructions de cuisine dans des formats accessibles et dans la langue locale, surtout pour les aliments moins connus ou moins souvent utilisés.
- 3 Évaluer l'accès à l'eau, au combustible, aux poêles et aux équipements de stockage de la nourriture.
 - Fournir des denrées alimentaires prêtes à être consommées lorsqu'une crise rend inaccessibles les équipements de cuisine.
- 4 Fournir un accès à du matériel adéquat pour la mouture ou le traitement si des céréales à grains complets sont distribuées.
 - Couvrir les dépenses de mouture des bénéficiaires par de l'argent liquide ou des coupons, ou en utilisant l'approche moins prisée consistant à fournir des grains ou du matériel de mouture supplémentaire.
- 5 Transporter et stocker la nourriture dans des conditions adéquates.
 - Respecter les normes en matière de gestion des stocks, avec des contrôles systématiques de la qualité des produits stockés.
 - Mesurer les quantités dans des unités cohérentes, et éviter de changer les unités et les méthodes de mesure au cours du projet.



Indicateurs clés

Pourcentage de la population touchée indiquant que les denrées alimentaires fournies sont d'une qualité appropriée et conformes aux préférences locales

Pourcentage de la population touchée indiquant que le mécanisme permettant de recevoir des denrées alimentaires est approprié

Pourcentage de ménages indiquant que les denrées alimentaires reçues sont faciles à préparer et à stocker

Pourcentage de bénéficiaires faisant des réclamations ou des retours négatifs à propos de la qualité de la nourriture

- Toutes les réclamations sont régulièrement suivies et reçoivent rapidement une réponse.

Pourcentage de pertes de denrées alimentaires signalées par le programme

- Cible <0,2 % du total en tonnes.

Notes d'orientation

Qualité de la nourriture : La nourriture doit être conforme aux normes alimentaires établies par le gouvernement du pays d'accueil. La nourriture doit également être conforme aux normes du Codex alimentarius pour ce qui est de la qualité, du conditionnement, de l'étiquetage et de l'adéquation de l'article aux fins prévues. Lorsqu'une denrée n'a pas les qualités requises pour l'usage prévu, elle est inutilisable. Cela est valable même si elle est propre à la consommation humaine. Exemple : la qualité d'une farine peut ne pas convenir pour faire du pain dans les ménages même si elle n'est pas impropre à la consommation. Les denrées alimentaires importées ou achetées localement doivent être accompagnées d'un certificat phytosanitaire ou d'autres certificats d'inspection. La fumigation doit être réalisée avec des produits adaptés et respecter des procédures strictes. S'assurer que des inspecteurs de qualité indépendants inspectent de grandes quantités de stocks et faire appel à eux lorsqu'il y a des doutes ou des contestations concernant la qualité.

Veiller à ce que le gouvernement du pays d'accueil soit aussi impliqué que possible. Recueillir des informations utiles sur la date et la qualité des livraisons de denrées alimentaires à partir des bordereaux d'expédition des fournisseurs, des rapports des contrôles de qualité, des étiquettes des conditionnements et des rapports d'entrepôts. Construire une base de données pour les certificats d'analyse (CdA) émis par l'autorité responsable pour certifier la qualité et la pureté d'un produit.

Évaluer la disponibilité des denrées alimentaires sur les marchés au niveau local, national ou international. Si l'aide alimentaire provient de sources locales, elle doit répondre à des critères de durabilité et ne pas faire peser davantage de contraintes sur les ressources naturelles locales ni perturber les marchés. Intégrer les éventuelles contraintes liées à l'approvisionnement en nourriture dans la planification du programme.

Conditionnement de la nourriture : Il arrive que des pertes de vivres soient signalées dans les entrepôts et les points de distribution finaux. Les pertes de vivre peuvent être liées à un mauvais conditionnement durant le cycle de distribution. Les conditionnements doivent être solides et pratiques à manipuler, stocker et distribuer. Ils doivent être utilisables par des personnes âgées, des enfants et des personnes handicapées. Dans la mesure du possible, le conditionnement doit permettre une distribution directe des aliments, sans qu'il faille les reconditionner ou les réemballer. Les emballages ne doivent porter aucune mention à but politique ou religieux ni susceptible de créer des dissensions.

Les emballages ne doivent pas susciter de problème, les organisations humanitaires ont la responsabilité de veiller à ce que l'environnement ne soit pas souillé par des emballages liés à des articles ayant été distribués ou achetés avec l'argent ou les coupons distribués. Utiliser un minimum d'emballages (et biodégradables dans la mesure du possible) et des matériaux appropriés au niveau local, si possible en promouvant un partenariat avec le gouvernement et les fabricants de matériaux d'emballage locaux. Fournir des récipients pouvant être réutilisés, recyclés ou réadaptés. Éliminer les déchets d'emballage de façon à éviter toute dégradation de l'environnement. Les emballages prêts à l'emploi, par exemple ceux en aluminium, peuvent nécessiter des mesures d'élimination spécifiques.

Si des détritres s'accumulent, organiser régulièrement des campagnes de nettoyage communautaires. Ces campagnes doivent faire partie des actions de mobilisation communautaire et du travail de sensibilisation plutôt que d'une action de type « argent contre travail » ⊕ cf. *Standards WASH 5.1 à 5.3 sur la gestion des déchets solides*.

Choix des denrées alimentaires : Bien que la valeur nutritive soit le principal critère pris en compte lors de la fourniture d'une aide alimentaire, il faut aussi que les produits choisis soient familiers aux bénéficiaires. Ils doivent également respecter les traditions religieuses et culturelles, notamment en ce qui concerne les tabous alimentaires visant les femmes enceintes et allaitantes. Consulter les femmes et les filles sur le choix des denrées alimentaires car elles sont souvent les principales responsables de la préparation de la nourriture dans les camps. Soutenir les grands-parents, les pères qui élèvent seuls leurs enfants ou les jeunes responsables de leur fratrie, car leur accès aux vivres peut être compliqué.

Dans les zones urbaines, les ménages ont accès à des aliments relativement plus variés que dans les zones rurales, mais la qualité du régime alimentaire peut être limitée et donc nécessiter un soutien nutritionnel différent.

Alimentation du nourrisson : Le lait maternisé, le lait en poudre, le lait liquide ou les produits à base de lait liquide ayant été donnés ou faisant l'objet de subventions, ne doivent pas être distribués séparément lors d'une distribution générale de vivres. Ces produits ne doivent également pas être distribués dans le cadre d'un programme de supplémentation alimentaire à emporter à la maison ⊕ cf. *Standard 4.2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.



Céréales complètes : Lorsque la mouture dans les ménages fait partie de la tradition, ou lorsque l'accès à un moulin à grains local est possible, distribuer des céréales complètes. Les céréales complètes ont une durée de conservation plus longue que d'autres céréales et peuvent donc avoir une valeur supérieure pour les bénéficiaires du programme.

Fournir des équipements pour des services de mouture commerciale à taux d'extraction faible permettant de supprimer les germes, l'huile et les enzymes provoquant l'acidité. Des services de mouture commerciale à taux d'extraction faible accroissent grandement la durée de conservation même s'ils réduisent aussi la teneur en protéines. Les grains de maïs moulus ne se conservant que pendant six à huit semaines, la mouture doit être réalisée juste avant de les consommer. Les grains moulus nécessitent normalement moins de temps de cuisson. Les exigences relatives à la mouture peuvent parfois exposer les femmes et les filles adolescentes à des risques d'exploitation accrus. Travailler avec les femmes et les filles pour repérer les risques et identifier les solutions, par exemple en soutenant les moulins gérés par des femmes.

Stockage et préparation de la nourriture : La capacité de stockage du ménage doit influencer sur le choix des aliments offerts. S'assurer que les bénéficiaires de l'aide savent comment éviter les risques de santé publique associés à la préparation des aliments. Fournir des poêles économes en combustible ou des combustibles alternatifs pour minimiser les atteintes à l'environnement.

Les zones de stockage doivent être des lieux secs et hygiéniques, dûment protégés des intempéries et d'une contamination par des produits chimiques ou d'autres substances. Protéger les zones de stockage des animaux nuisibles comme les insectes et les rongeurs. Lorsque cela est approprié, faire appel au ministère de la Santé pour certifier la qualité des denrées alimentaires fournies par les vendeurs et les marchands.

Standard 6.3 sur l'aide alimentaire : Ciblage, distribution et livraison

La distribution et le ciblage de l'aide alimentaire répondent aux besoins en temps utile, sont transparents et sûrs.

Actions clés

- 1 Identifier et cibler les bénéficiaires de l'aide alimentaire en fonction de leurs besoins et des consultations avec les parties prenantes concernées.
 - Fournir des détails clairs et publics sur les méthodes de ciblage, lesquelles doivent avoir reçu l'aval des populations de bénéficiaires et de non-bénéficiaires afin d'éviter de générer des tensions et de nuire à quiconque.

- Commencer dès que possible l'enregistrement formel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, et le mettre à jour dès que nécessaire.
- 2
- Concevoir des méthodes de distribution alimentaire ou des mécanismes de transfert direct d'argent/coupons qui soient efficaces, équitables, sûrs, accessibles et efficaces.
 - Consulter les femmes et les hommes, y compris les adolescents et les jeunes, et encourager la participation des groupes marginalisés ou potentiellement vulnérables.
- 3
- Choisir l'emplacement des points de distribution et de livraison de façon à ce qu'ils soient faciles d'accès, sûrs et pratiques pour les bénéficiaires.
 - Minimiser les risques que peuvent rencontrer les personnes qui se rendent aux points de distribution en effectuant une surveillance régulière des points de contrôle ou de toute évolution de la situation en termes de sécurité.
- 4
- Informer à l'avance les bénéficiaires sur les détails du plan et du calendrier de distribution, sur la qualité et la quantité des rations alimentaires, le montant de l'argent ou des coupons et ce qu'ils permettent d'obtenir.
 - Planifier les distributions d'une façon qui respecte les horaires de travail et les temps de trajet des personnes, et qui accorde la priorité aux groupes à risque s'il y a lieu.
 - Définir et établir des mécanismes de retours d'information en partenariat avec la communauté avant la distribution.

Indicateurs clés

Pourcentage d'erreurs de ciblage liées à l'inclusion et l'exclusion minimisées

- Objectif <10 %.

Distance entre le logement et le point de distribution final ou les marchés (en cas de coupons ou d'argent)

- Objectif <5 kilomètres.

Pourcentage de personnes assistées (ventilées par sexe, âge et handicap) signalant avoir rencontré des problèmes de sécurité en se rendant, ou en revenant des sites du programme, ou sur le site même

Nombre de cas signalés d'exploitation sexuelle ou d'abus de pouvoir liés aux pratiques de distribution ou de livraison

Pourcentage de cas signalés d'exploitation sexuelle ou d'abus de pouvoir liés aux pratiques de distribution ou de livraison faisant l'objet d'un suivi

- 100 %.



Pourcentage de ménages ciblés capables d'énoncer leurs droits à une aide alimentaire

- Objectif : >50 % des ménages ciblés.

Notes d'orientation

Ciblage : Veiller à ce que les outils et les méthodes de ciblage soient adaptés au contexte. Le ciblage doit être suivi tout au long de l'intervention et non uniquement pendant la phase initiale. Trouver le bon équilibre entre les erreurs par exclusion, qui peuvent mettre des vies en danger et les erreurs par inclusion, qui peuvent être perturbatrices et sources de gaspillage, est une tâche complexe. Dans les situations d'urgence soudaine, les erreurs par inclusion sont plus acceptables que les erreurs par exclusion. Des distributions générales de vivres peuvent se révéler appropriées dans des crises où tous les ménages ont subi des pertes similaires, ou quand un ciblage précis n'est pas possible en raison des difficultés d'accès.

Les enfants entre 6 et 59 mois, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes vulnérables peuvent être ciblés en particulier pour recevoir des vivres supplémentaires, ou peuvent être mis en lien avec des stratégies de prévention et de traitement de la malnutrition. Pour les personnes vivant avec le VIH, cela permettra d'augmenter leur apport journalier en calories et d'améliorer leur adhésion à une thérapie antirétrovirale.

Tout programme ciblé doit veiller à éviter de créer une quelconque forme de stigmatisation ou de discrimination. Les personnes vivant avec le VIH peuvent être incluses dans les distributions destinées aux « personnes souffrant de maladies chroniques » par exemple, et recevoir leur aide dans les centres de santé où elles reçoivent des soins et un traitement. Les listes des personnes vivant avec le VIH ne doivent jamais être rendues publiques ni partagées et, dans la plupart des situations, les chefs de communauté ne doivent pas travailler comme agents chargés du ciblage de personnes vivant avec le VIH.

Agents/comités chargés du ciblage : Établir des contacts directs avec les groupes et personnes affectés dans la communauté, tout en évitant autant que possible les sentinelles de la communauté. Créer des comités de ciblage comprenant des représentants des groupes suivants :

- femmes et filles, hommes et garçons, personnes âgées et personnes handicapées ;
- comités élus localement, groupes de femmes et organisations humanitaires ;
- ONG locales et internationales ;
- organisations de jeunesse ; et
- institutions gouvernementales locales.

Les processus d'enregistrement : L'enregistrement peut représenter un véritable défi, surtout si les personnes déplacées n'ont plus de pièces d'identité. Les listes de ménages fournies par les autorités locales ou par les communautés elles-mêmes

peuvent se révéler utiles à condition qu'une évaluation indépendante en confirme la justesse et l'impartialité. Encourager les femmes affectées à s'impliquer dans la conception du processus d'enregistrement. Inclure les personnes à risque dans les listes de distribution, notamment les personnes à mobilité réduite.

S'il n'est pas possible de procéder à l'enregistrement au tout début d'une crise, le faire dès que la situation s'est stabilisée. Mettre en place un mécanisme de retour d'informations pour le processus d'enregistrement, accessible pour toutes les personnes affectées, notamment les femmes, les filles, les personnes âgées et les personnes handicapées. Les femmes ont le droit d'être enregistrées sous leur propre nom. Dans la mesure du possible, consulter les hommes et les femmes, séparément si nécessaire, sur le choix de la personne qui ira physiquement récupérer l'aide ou recevoir l'aide monétaire au nom du ménage. Cette consultation doit être accompagnée d'une évaluation des risques.

Prendre des dispositions particulières pour les familles monoparentales, les familles dont le chef de famille est un enfant ou un adolescent, ainsi que les enfants séparés ou non-accompagnés, de façon à ce qu'ils puissent récupérer l'aide au nom de leur famille. Mettre en place un service de soins pour enfants à côté des points de distribution afin de permettre aux familles monoparentales et aux femmes avec des enfants en bas âge de récupérer l'aide sans laisser leurs enfants sans surveillance. Dans les situations où il existe des ménages polygames, traiter chaque femme et ses enfants comme un ménage distinct.

Distribution des rations « sèches » : Les distributions générales de nourriture ne fournissent normalement que des rations sèches que les personnes cuisinent ensuite chez elles. La nourriture peut être remise aux détenteurs de cartes de rationnement individuelles ou pour le ménage, aux représentants d'un groupe de ménages, aux chefs traditionnels ou aux femmes exerçant des responsabilités, ou aux responsables d'une distribution ciblée à base communautaire. La fréquence des distributions doit tenir compte du poids des rations et des moyens qu'ont les bénéficiaires de les rapporter chez eux sans encombres. Un soutien spécial peut être requis pour garantir que les personnes âgées, les femmes enceintes et allaitantes, les enfants séparés et non-accompagnés, et les personnes handicapées puissent récupérer et conserver leurs rations. Envisager de demander aux autres membres de leur communauté de les aider, ou leur fournir des rations plus petites mais plus régulièrement.

Distribution des rations « humides » : Dans certaines situations exceptionnelles, par exemple au début d'une crise qui survient soudainement, une distribution générale de nourriture peut être effectuée avec des repas cuisinés ou prêts à l'emploi. Ces rations peuvent être indiquées lorsque les personnes sont déplacées et en mouvement, ou quand le fait de rapporter de la nourriture chez soi exposerait les bénéficiaires à des risques de vol, de violence, d'abus ou d'exploitation. Utiliser les repas scolaires et les mesures incitatives sous forme de nourriture pour le personnel enseignant comme des éléments d'un mécanisme de distribution en cas d'urgence.



Points de distribution : Lors du choix de l'emplacement des points de distribution, tenir compte de la nature du terrain et essayer de garantir un accès relativement simple à d'autres formes d'aide, comme de l'eau propre et potable, des toilettes, des services de santé, des espaces ombragés et des abris, et des espaces sécurisés pour les femmes et les enfants. La présence de points de contrôle armés et d'activité militaire doit être prise en compte pour minimiser tout risque pour les civils et mettre en place un accès sécurisé à l'aide. Les routes menant à, ou partant des points de distribution, doivent être clairement signalées, accessibles et fréquemment utilisées par les autres membres de la communauté. Tenir compte des aspects pratiques et du coût du transport des marchandises ⊕ cf. *Principe de protection 2*.

Prévoir d'autres moyens de distribution pour atteindre les personnes qui sont éloignées du point de distribution ou qui ont des difficultés à se déplacer. L'accès à la distribution est une source fréquente d'angoisse pour les populations marginalisées ou ostracisées dans une situation de crise. Assurer des distributions directes aux populations dans des établissements institutionnels.

Horaires des distributions : Planifier les horaires de distribution de façon à permettre aux bénéficiaires de se rendre aux points de distribution et d'en revenir pendant les heures de jour. Éviter de créer des conditions leur imposant de passer la nuit dehors, car cela les exposerait à des risques supplémentaires. Planifier les distributions de façon à interférer le moins possible avec les activités quotidiennes. Envisager de mettre en place des files prioritaires ou d'accès rapide pour les groupes à risque, ainsi qu'un bureau doté d'un travailleur social pouvant inscrire tout enfant séparé et non-accompagné. Informer à l'avance des horaires et de la distribution via les moyens de communication les plus larges.

Sécurité pendant les distributions de vivres, de coupons et d'argent : Prendre des mesures afin de minimiser les risques pour les personnes participant à la distribution. Cela comprend un contrôle approprié de la foule, la supervision des distributions par du personnel formé à cet effet, et la garde des points de distribution par des membres de la population affectée. En cas de besoin, faire appel à la police locale. Informer les agents et officiers de police des objectifs des transferts de vivres. Planifier avec soin l'agencement des points de distribution sur le site de façon à ce qu'ils soient sûrs et accessibles pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes à mobilité réduite. Informer toutes les équipes de distribution des règles de bonne conduite, notamment les sanctions encourues pour exploitation et agression sexuelle. Inclure des femmes surveillantes pour superviser le déchargement, l'enregistrement, les phases de distribution et le suivi post-distribution de vivres ⊕ cf. *Engagement n°7 de la Norme humanitaire fondamentale (CHS)*.

Diffusion d'informations : Afficher les informations sur les rations en évidence sur les sites de distribution, dans des langues et des formats accessibles aux personnes ne sachant pas lire ou éprouvant des difficultés à communiquer.

Informez les personnes par des messages écrits, audio, des SMS, des messages vocaux à propos :

- du plan des rations, en précisant la quantité et le type de rations distribuées, ou la valeur de l'argent /coupon et ce qu'ils permettent d'obtenir ;
- de toute raison d'un changement par rapport au plan original (jour, heure, quantité, articles, autres) ;
- du plan de distribution ;
- de la qualité nutritionnelle des aliments et, le cas échéant, des mesures spécifiques que doivent prendre les bénéficiaires pour préserver la valeur nutritionnelle ;
- des règles à respecter pour manipuler et utiliser les aliments en toute sécurité ;
- des informations spécifiques sur l'utilisation optimale des aliments pour enfants ; et
- des moyens permettant d'avoir plus de renseignements sur le programme ou de transmettre des réclamations.

Pour l'aide monétaire, la valeur des transferts doit être précisée dans les informations sur la ration. L'information pourrait figurer sur le point de distribution, être affichée aux points d'encaissement ou là où les coupons peuvent être échangés, ou dans un prospectus rédigé dans la langue locale.

Changement dans les denrées alimentaires fournies : Un changement dans les rations ou la valeur du transfert dans le cadre d'une aide monétaire peut survenir du fait d'une pénurie de denrées disponibles, d'un manque de financement ou autres raisons. Lorsque cette situation se produit, faire état de ces changements auprès des bénéficiaires via les comités de distribution, les chefs communautaires et les organisations représentatives. Établir une feuille de route commune avant le début des distributions. Le comité de distribution doit informer les personnes sur les changements apportés, les raisons qui y ont mené et le moment où les rations normales seront à nouveau disponibles. Les possibilités sont les suivantes :

- réduire les rations de tous les bénéficiaires ;
- attribuer une ration complète aux personnes vulnérables et une ration réduite à la population générale ; ou
- reporter la distribution (dernier recours).

Suivi de la distribution et de la livraison : Effectuer un suivi régulier des provisions en réalisant des pesées aléatoires des rations reçues par les ménages afin de vérifier que la distribution est effectuée de manière précise et équitable. S'entretenir avec les bénéficiaires et s'assurer que les entretiens aléatoires soient menés auprès d'un nombre égal de femmes et d'hommes, y compris enfants et adolescents, de personnes âgées et de personnes handicapées. Des visites aléatoires réalisées par une équipe d'enquêteurs composée au moins d'un homme et d'une femme permettent de déterminer le niveau d'acceptabilité et d'utilité de la ration.



Ces visites permettent d'identifier les personnes répondant aux critères de sélection mais ne recevant pas l'aide alimentaire. Ces visites permettent aussi de découvrir si le ménage reçoit de la nourriture d'une autre source, d'en déterminer l'origine, et de voir comment elle est utilisée. Les visites permettent de repérer tout usage éventuel de la force pour réquisitionner, recruter ou exploiter, sexuellement ou autre ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Standard 6.4 sur l'aide alimentaire : Utilisation de la nourriture

Le stockage, la préparation et la consommation de la nourriture sont sûrs et appropriés, tant au niveau des ménages que de la communauté.

Actions clés

- 1 Protéger les bénéficiaires contre toute manipulation ou préparation inappropriée de la nourriture.
 - Informer les personnes de l'importance de l'hygiène alimentaire et promouvoir des pratiques hygiéniques dans la manipulation de la nourriture.
 - Si des rations cuisinées sont fournies, former le personnel aux conditions de sécurité en matière de stockage, de manipulation et de préparation de la nourriture, et aux dangers potentiels pour la santé qui peuvent découler de pratiques inadéquates.
- 2 Consulter et conseiller les bénéficiaires sur les conditions de stockage, de préparation, de cuisson et de consommation des aliments distribués.
- 3 Veiller à ce que les ménages disposent d'ustensiles de cuisine appropriés, de combustible, de poêles économes en énergie, d'eau potable et de matériel de nettoyage.
- 4 S'assurer que les personnes étant dans l'incapacité de se préparer à manger ou de se nourrir, aient accès à des proches ou à des soignants qui pourront les aider lorsque cela est possible et approprié.
- 5 Effectuer un suivi de la façon dont les ressources alimentaires sont utilisées au sein du ménage.

Indicateurs clés

Nombre de cas signalés de risque sanitaire attribuable à la nourriture distribuée

Pourcentage de ménages capables d'entreposer et de préparer la nourriture en toute sécurité

Pourcentage de ménages ciblés capables de décrire trois messages de sensibilisation à l'hygiène ou plus

Pourcentage de ménages ciblés indiquant avoir accès à des ustensiles de cuisine appropriés, à du combustible, à de l'eau potable et à du matériel de nettoyage

Notes d'orientation

Hygiène alimentaire : Les crises sont susceptibles de perturber les habitudes d'hygiène normales des personnes. Promouvoir des pratiques d'hygiène alimentaire compatibles avec les conditions locales et les caractéristiques des maladies. Souligner l'importance d'éviter toute contamination de l'eau, de lutter contre les insectes et animaux nuisibles et de toujours se laver les mains avant de manipuler des aliments. Informer les bénéficiaires de la bonne manière de stocker la nourriture dans les ménages ⊕ cf. *Standards d'hygiène WASH*.

Stockage et traitement des vivres : L'accès aux installations de transformation des aliments, telles que les moulins à céréales, permet aux personnes de préparer la nourriture comme elles le souhaitent et de gagner du temps pour d'autres activités productives. Lorsque des denrées périssables sont distribuées, prévoir des équipements appropriés pour les stocker, comme des conteneurs hermétiques et étanches à l'eau, des réfrigérateurs et des congélateurs. La chaleur, le froid et l'humidité influencent le stockage et la conservation des denrées périssables.

Parmi les personnes susceptibles d'avoir besoin d'aide pour le stockage, la cuisson et l'alimentation figurent les jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH. Des programmes d'aide de proximité ou de soutien supplémentaire peuvent être nécessaires pour les personnes ayant des difficultés à fournir de la nourriture aux proches dont elles ont la charge, comme les parents handicapés.

Suivi de l'utilisation de la nourriture à l'intérieur du ménage : Les organisations humanitaires doivent suivre et évaluer l'utilisation de la nourriture au sein du ménage ainsi que son caractère approprié et acceptable. Au niveau du ménage, les denrées alimentaires peuvent être consommées comme telles, échangées ou troquées. Le but du troc peut être d'obtenir des denrées alimentaires plus appréciées, des articles non alimentaires ou de payer des services comme les frais de scolarité ou les dépenses médicales. L'évaluation de la répartition des denrées à l'intérieur du ménage doit également surveiller l'utilisation de la nourriture en fonction du sexe, de l'âge et du handicap.

Utilisation d'argent liquide et de coupons : Il est essentiel de bien gérer le risque d'achats générés par la panique lorsque les familles reçoivent de l'argent ou des coupons. Préparer les marchands et les bénéficiaires avant la distribution, pendant la distribution et après la distribution. Analyser par exemple si les denrées



alimentaires seront disponibles pendant tout le mois, ou s'il est plus judicieux d'étaler les distributions au long du mois. Il est possible, si approprié, d'émettre des coupons avec une faible valeur nominale échangeables une fois par semaine. Le même principe doit s'appliquer à l'argent liquide, pour qu'il puisse être retiré dans des distributeurs automatiques ou selon d'autres formes de paiement numérique ou manuel.

7. Moyens d'existence

La capacité des individus à protéger leurs moyens d'existence est directement liée à leur vulnérabilité face aux crises. Comprendre les vulnérabilités existant avant, pendant et après une crise permet de fournir une meilleure aide, mais aussi d'analyser et de comprendre comment les communautés peuvent restaurer et améliorer leurs conditions de vie.

Les crises peuvent perturber de nombreux facteurs qui permettent aux personnes de maintenir leurs moyens d'existence. Les personnes touchées par les crises peuvent perdre leur emploi, ou devoir abandonner leurs terres ou leurs ressources en eau. Il arrive que leurs biens soient détruits, contaminés ou volés pendant un conflit ou une catastrophe naturelle. Il est possible que les marchés s'arrêtent de fonctionner.

Au tout début d'une crise, répondre aux besoins essentiels pour la survie est la priorité absolue. Mais au fil du temps, le rétablissement des systèmes, des compétences et des capacités sous-jacentes aux moyens d'existence aidera également les personnes à se rétablir avec dignité. La promotion des moyens d'existence auprès des réfugiés présente des difficultés spécifiques, telles que le cantonnement dans un camp ou un cadre légal et juridique restrictif dans les pays d'asile.

Ceux qui produisent de la nourriture doivent avoir accès à des terres, à de l'eau, à du bétail, à des services d'accompagnement et à des marchés pouvant soutenir la production. Ils doivent avoir les moyens de poursuivre leur production sans compromettre d'autres ressources, d'autres personnes ou systèmes ⊕ cf. *manuel LEGS*.

En zone urbaine, l'incidence de la crise sur les moyens d'existence est susceptible d'être différente de l'incidence en zone rurale. La composition du ménage, les compétences, les handicaps et le niveau d'instruction détermineront la manière dont les personnes s'impliquent dans différentes activités économiques. D'une façon générale, les populations urbaines pauvres disposent de moins de stratégies d'adaptation pour leurs moyens d'existence que les personnes vivant en milieu rural. Dans certains pays par exemple, les personnes n'ont pas accès à des terres pour cultiver de la nourriture.

Le fait de rapprocher ceux qui ont perdu leurs moyens d'existence de ceux qui peuvent influencer la création de nouvelles opportunités, aidera à définir les priorités d'une intervention en moyens d'existence. Celle-ci doit être en adéquation avec l'analyse du marché du travail, des services et des produits associés. Toutes les interventions en moyens d'existence doivent intégrer la façon dont utiliser et/ou soutenir les marchés locaux ⊕ cf. *manuel MERS*.



Standard 7.1 sur les moyens d'existence : Production primaire

Les mécanismes de production primaire bénéficient de protection et de soutien.

Actions clés

- 1 Fournir un accès à des moyens de production et/ou biens aux producteurs.
 - Privilégier l'argent ou les coupons dans les endroits où les marchés fonctionnent et peuvent être soutenus dans leur rétablissement, afin d'offrir une flexibilité aux producteurs pour choisir leurs intrants préférés, semences, stocks de poissons ou espèces de bétail.
 - Introduire de nouvelles technologies après une crise uniquement si elles ont été testées ou adaptées à des contextes similaires.
- 2 Fournir des moyens de production acceptables pour la population locale, conformes à des normes de qualité appropriées, et opportuns par rapport à la saison concernée.
 - Privilégier des moyens de production pour l'élevage localement appropriés et des variétés de cultures locales, déjà utilisées et en demande pour la saison à venir.
- 3 Garantir que les moyens de production et les services n'exacerbent pas la vulnérabilité des bénéficiaires ni ne créent de conflits au sein de la communauté.
 - Évaluer les rivalités potentielles autour de ressources naturelles rares (comme les terres et l'eau) ainsi que les atteintes potentielles aux réseaux sociaux existants.
- 4 Impliquer les hommes et les femmes affectés de façon équitable dans la planification, la prise de décision, la mise en place et le suivi des interventions soutenant la production primaire.
- 5 Former les producteurs travaillant dans l'agriculture, la pêche, l'aquaculture, le secteur forestier et l'élevage à des pratiques de production et de gestion durables.
- 6 Évaluer le marché et stimuler la demande pour les cultures, les légumes et d'autres types de produits agricoles produits localement.

Indicateurs clés

Pourcentage d'évolution de la population ciblée dans la production (d'aliments ou de revenus) comparée à une année normale

Pourcentage de ménages indiquant avoir accès à des équipements de stockage adéquats pour leurs produits

Pourcentage de ménages ciblés ayant un meilleur accès physique à des marchés fonctionnels grâce aux interventions du programme

Notes d'orientation

Stratégies de production : Les stratégies de production alimentaire doivent avoir une chance raisonnable de se développer et de réussir dans le contexte local. Cela peut être influencé par plusieurs facteurs, dont :

- des ressources naturelles, de la main d'œuvre, des moyens de production agricoles et un capital financier suffisants ;
- des variétés de semences de bonne qualité adaptées aux conditions locales ; et
- des animaux productifs, qui représentent un bien crucial pour la sécurité alimentaire ⊕ cf. *manuel LEGS*.

De plus, la stratégie doit tenir compte des compétences professionnelles existantes, des préférences de la communauté, de l'environnement physique et des possibilités d'extension.

Promouvoir la diversification des activités de moyens d'existence dans une même zone, tout en évitant une surexploitation des ressources naturelles. Les dommages environnementaux augmentent non seulement le risque de crise, mais contribuent également à des tensions entre les communautés. Les interventions en moyens d'existence doivent promouvoir l'adaptation au changement climatique dans la mesure du possible, par exemple en sélectionnant des variétés de semences adaptées.

Lutter contre le travail des enfants dans le cadre des actions liées aux moyens d'existence. Être conscient de l'incidence indirecte des programmes de moyens d'existence sur les enfants, car dans certains cas ils doivent manquer l'école pour aider le ménage pendant qu'un des parents travaille.

Énergie : Envisager les besoins en énergie pour les activités mécanisées, le traitement des produits alimentaires, la communication, la chaîne du froid pour la conservation de la nourriture et les appareils de combustion efficaces.

Améliorations : Envisager d'introduire des variétés améliorées de cultures, de bétail ou de poisson, de nouveaux outils, des engrais, ou des pratiques de gestion novatrices. Renforcer la production alimentaire en s'appuyant sur le maintien des modèles existants avant la crise et/ou les liens avec les plans nationaux de développement.

Nouvelles technologies : Les producteurs et les consommateurs locaux doivent comprendre et accepter les implications des nouvelles technologies pour les systèmes de production locaux, les pratiques culturelles et l'environnement naturel avant de les adopter. Lorsque de nouvelles technologies sont introduites,



organiser des consultations appropriées auprès de la communauté, communiquer les informations et offrir un programme de formation. Garantir l'accès pour les groupes susceptibles de subir des discriminations (notamment les femmes, les personnes âgées, les minorités et les personnes handicapées). Dans la mesure du possible, se coordonner avec les experts en moyens d'existence et les services techniques de l'Etat. Garantir la pérennité du soutien technologique et l'accessibilité future de la technologie et évaluer sa viabilité économique.

Aide monétaire ou crédit : Ceux-ci peuvent être utilisés dans les foires aux semences ou au bétail. Comprendre les conséquences éventuelles de l'approche choisie sur la nutrition des personnes, en analysant si cela leur permet ou non de produire des aliments riches en nutriments par eux-mêmes, ou si cela leur fournit l'argent nécessaire pour acheter de la nourriture. Évaluer la faisabilité de l'aide monétaire pour l'achat de moyens de production, en tenant compte de la disponibilité des biens, de l'accès aux marchés et de l'existence d'un mécanisme de transfert monétaire fiable, abordable et sensible au genre ⊕ cf. *manuel MERS* et *manuel LEGS*.

Caractère saisonnier et variations des prix : Fournir des moyens de production agricole et des services vétérinaires qui coïncident avec les saisons agricoles et d'élevage. La fourniture de semences et d'outils par exemple, doit précéder la saison des plantations. La réduction du cheptel pendant une période de sécheresse doit avoir lieu avant qu'une mortalité excessive de bétail ne se produise. La reconstitution du cheptel doit commencer une fois que la probabilité de reprise est élevée, par exemple après la saison des pluies suivante. Lorsque cela est nécessaire, fournir des denrées alimentaires pour la protection des semences et des moyens de production. S'assurer que les moyens de production tiennent compte des différentes capacités, besoins et risques des différents groupes, dont les femmes et les personnes handicapées.

Les variations extrêmes des prix saisonniers portent préjudice aux producteurs agricoles pauvres qui doivent alors vendre leur production juste après la récolte, lorsque les prix sont au plus bas. Ces variations ont également un effet négatif sur les propriétaires de bétail qui doivent vendre leurs bêtes pendant une période de sécheresse. Inversement, les consommateurs dont le revenu disponible est limité ne peuvent se permettre d'investir dans des réserves de nourriture. Ils dépendent donc plutôt de petits mais fréquents achats. En conséquence, ils achètent de la nourriture même lorsque les prix sont élevés, lors d'une sécheresse par exemple. (Pour les directives relatives au bétail ⊕ cf. *manuel LEGS*).

Semences : Les agriculteurs et les experts agricoles locaux doivent approuver les variétés spécifiques. Les semences doivent être adaptées à l'agroécologie locale et aux conditions d'exploitation agricole locales. Elles doivent également être résistantes aux maladies et aux conditions climatiques potentiellement causés par le changement climatique. Tester la qualité des semences ne provenant pas de la région et vérifier qu'elles conviennent aux conditions locales. Proposer aux agriculteurs un assortiment de cultures et de variétés dans toutes les interventions portant sur les semences. Cela leur permet de choisir ce qui convient le mieux à

leur propre système de production. Il est par exemple possible que les cultivateurs de maïs préfèrent des semences hybrides aux variétés locales. Se conformer à la politique gouvernementale concernant les semences hybrides. Ne pas distribuer de semences génétiquement modifiées sans l'accord des autorités locales. Informer les agriculteurs si des semences génétiquement modifiées sont fournies. Lorsque les agriculteurs utilisent des coupons ou vont sur des foires de semences, les encourager à acheter des semences de fournisseurs officiels locaux. Il est possible que les agriculteurs préfèrent les variétés traditionnelles car elles sont adaptées à la situation locale. Elles seront très certainement disponibles à un prix plus bas, ce qui signifie obtenir plus de semences pour la même valeur de coupon.

Tensions communautaires et risques pour la sécurité : Lorsque la production nécessite un changement dans l'accès aux ressources naturelles disponibles, des tensions sont susceptibles d'apparaître entre la population déplacée et la population locale, ou encore au sein de la communauté affectée. Les rivalités liées à l'eau ou aux terres peuvent aboutir à une restriction de leur usage. La production alimentaire primaire peut ne pas être viable s'il y a un manque de ressources naturelles vitales sur le long terme. Elle n'est également pas réalisable si certaines catégories de la population n'y ont pas accès, par exemple les personnes sans terre. Fournir gratuitement des moyens de production peut perturber les mécanismes traditionnels de soutien et de redistribution sociaux, ou affecter les activités du secteur privé. Cela peut créer des tensions et réduire l'accès futur aux moyens de production ⊕ cf. *Principe de protection 1*.

Chaîne d'approvisionnement : Recourir à des systèmes d'approvisionnement locaux et vérifiables pour obtenir des moyens et des services destinés à la production alimentaire, comme les services vétérinaires et les semences. Pour soutenir le secteur privé local, utiliser des mécanismes comme l'argent liquide et les coupons, ce qui permet d'établir un lien direct entre les producteurs primaires et les fournisseurs. Lors de la conception de systèmes permettant les achats locaux, s'assurer de la disponibilité des moyens de production appropriés et de la capacité des fournisseurs à augmenter l'approvisionnement. Évaluer le risque d'inflation et la pérennité des moyens de production. Surveiller et atténuer les effets négatifs des interventions sur les prix du marché, notamment lors des achats et distributions de denrées alimentaires localement ou à grande échelle. Tenir compte des conséquences des achats et importations de vivres sur les économies locales. Lorsqu'il y a collaboration avec le secteur privé, repérer et résoudre les inégalités hommes-femmes, et partager tout profit de manière équitable ⊕ cf. *manuel MERS*.

Vérifier que les producteurs utilisent réellement les moyens de production comme prévu. Examiner la qualité des moyens de production sous l'angle de leur performance, de leur acceptabilité et des préférences des producteurs. Évaluer l'incidence du projet sur la nourriture disponible au sein du ménage. Analyser par exemple la quantité et la qualité de la nourriture stockée, consommée, échangée ou donnée. Lorsque le projet vise à accroître la production d'un



type spécifique d'aliment (produits d'origine animale ou à base de poisson, ou légumineuses riches en protéines), examiner l'utilisation de ces produits par les ménages. Inclure une analyse des bénéfiques pour les différents membres du ménage, comme les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées.

Stockage après la récolte : Une part importante de la production (moyenne approximative de 30 %) est inutilisable après la récolte en raison de pertes. Aider les personnes affectées à minimiser les pertes en gérant bien la manipulation, le stockage, le traitement, le conditionnement, le transport, la commercialisation et d'autres activités post-récolte. Les conseiller et leur permettre d'entreposer leur récolte pour éviter l'humidité et les aflatoxines produites par les champignons. Leur permettre de traiter leurs cultures, notamment les céréales.

Standard 7.2 sur les moyens d'existence : Revenus et emploi

Les hommes et les femmes doivent avoir un accès égal à des activités rémunératrices appropriées lorsque la création de revenus et d'emplois sont des stratégies d'existence réalisables.

Actions clés

- 1 Fonder les décisions relatives aux activités génératrices de revenus sur une étude de marché qui tienne compte des rapports entre les sexes.
 - Réduire le risque de sous-alimentation et d'autres risques de santé publique en garantissant que la participation à des activités rémunératrices ne nuise pas aux soins à dispenser aux enfants ni à l'exercice d'autres responsabilités en matière de soins.
 - Connaître les salaires des membres de la communauté et le salaire minimum du gouvernement pour le travail qualifié et non-qualifié.
- 2 Choisir le type de paiement (en nature, espèces, coupons, nourriture ou une combinaison de ces éléments) en s'appuyant sur une analyse participative.
 - Comprendre les capacités locales, les avantages en termes de protection et de sécurité, les besoins immédiats, l'égalité d'accès, les systèmes de marché existants et les préférences de la population touchée.
- 3 Établir le niveau de rémunération selon le type d'activité, les règles locales, les objectifs de restauration des moyens d'existence et les salaires locaux acceptés et prévalents dans la région.
 - Envisager des mesures servant de filets de sécurité, comme des transferts d'argent inconditionnels ou de vivres, aux ménages ne pouvant pas participer aux programmes de travail.

- 4 Mettre en œuvre et garantir des environnements de travail stables, sûrs et accessibles à tous.
 - Faire un suivi régulier du risque de harcèlement sexuel, de discrimination, d'exploitation et d'abus sur le lieu de travail, et réagir rapidement à toute réclamation.
- 5 Promouvoir des partenariats avec le secteur privé et d'autres parties prenantes afin de créer des emplois pérennes.
 - Répartir équitablement les ressources en capital de façon à faciliter le rétablissement des moyens d'existence.
- 6 Choisir si possible des options respectueuses de l'environnement pour la création de revenus.

Indicateurs clés

Pourcentage de la population cible améliorant son revenu net pendant une période définie

Pourcentage de ménages ayant accès au crédit

Pourcentage de la population ciblée diversifiant ses activités génératrices de revenus

Pourcentage de la population ciblée ayant un emploi (ou travaillant en indépendant) dans des activités génératrices de revenus durables pendant une période définie (6-12 mois)

Pourcentage de la population touchée ayant un accès physique et économique à des marchés qui fonctionnent et/ou à des services (formels ou informels) de soutien aux moyens d'existence

Notes d'orientation

Analyse : Une étude de marché et de l'emploi sensible au genre est fondamentale pour justifier et définir les activités, soutenir le relèvement et la résilience, et pérenniser les résultats. Il est essentiel de comprendre les rôles et les responsabilités au sein du ménage pour gérer la problématique des coûts générés par les nouvelles possibilités, comme la garde des enfants ou les soins des personnes âgées, ou encore l'accès à d'autres services comme l'éducation ou les soins de santé.

S'appuyer sur les outils existants pour comprendre les marchés et systèmes économiques. Les interventions en sécurité alimentaire doivent reposer sur le fonctionnement du marché avant et après la crise, et sur sa capacité à améliorer les conditions de vie des plus vulnérables. Discuter des alternatives ou des adaptations possibles pour les groupes à risque (comme les jeunes, les personnes handicapées, les femmes enceintes ou les personnes âgées) au sein du groupe-cible.



Analyser leurs compétences, leur expérience et leurs capacités, ainsi que les risques potentiels et les stratégies d'atténuation. Enquêter pour savoir si les membres du ménage ont pour habitude de migrer pour des activités saisonnières. Comprendre comment différents groupes au sein de la population touchée sont susceptibles d'avoir un accès limité aux marchés et aux opportunités de moyens d'existence, et les soutenir pour qu'ils y aient accès.

Mesures de type « filet de sécurité » : Il peut arriver que certaines femmes et certains hommes ne soient pas en mesure de participer à des activités rémunératrices, comme un couple âgé. La crise en elle-même peut rendre impossible pour certaines personnes de travailler en raison des changements dans leurs responsabilités ou leur niveau de santé. Une mesure de court terme comme le « filet de sécurité » peut soutenir ce type de situation, tout en le reliant aux systèmes de protection sociale nationaux existants. Recommander de nouvelles mesures de type « filet de sécurité » lorsque cela est nécessaire. La mise en place de mesures de type « filet de sécurité » doit soutenir une distribution juste des ressources, en garantissant un accès direct des femmes et des filles aux ressources lorsque cela est approprié. Dans le même temps, collaborer avec les bénéficiaires de mesures de type « filet de sécurité » pour qu'ils trouvent une façon de passer à des activités génératrices de revenus sûres et durables. Lorsque cela est possible, les interventions monétaires doivent être rattachées aux programmes existants de type « filet de sécurité » dans le cadre d'une stratégie de protection sociale et de pérennité.

Paiements : Réaliser une étude de marché avant de mettre en place un programme de travail rémunéré. Le paiement peut se faire en espèces ou en nourriture, ou par une combinaison des deux, et doit permettre aux ménages vivant dans l'insécurité alimentaire de couvrir leurs besoins. Informer sur les objectifs du projet, les attentes des travailleurs de l'organisation humanitaire, les conditions de travail qui encadreront leur travail et le montant et les modalités de paiement.

Faire en sorte que le paiement incite les personnes à améliorer leur propre situation, plutôt que de les payer pour des travaux d'intérêt communautaire. Prendre en compte les besoins d'achats des personnes et l'impact d'une distribution d'argent liquide ou de nourriture sur leur capacité à créer un revenu domestique et ainsi répondre à d'autres besoins fondamentaux tels qu'école, accès aux services de santé, obligations sociales. Décider au cas par cas du type et du montant des rémunérations. Réaliser un suivi afin de garantir que toutes les femmes et tous les hommes sont payés de manière égale pour des unités de travail reconnues, et qu'il n'y a aucune discrimination à l'encontre de groupes spécifiques.

Tenir compte de l'effet de la valeur de revente sur les marchés locaux lorsque le paiement est en nature et fourni comme un transfert de revenus. Les nouvelles activités génératrices de revenus doivent renforcer les sources de revenus existantes plutôt que les remplacer. Le paiement ne doit pas avoir un effet négatif sur les marchés locaux du travail, par exemple en causant une inflation des

salaires, en détournant la main-d'œuvre d'autres activités ou en portant atteinte à des services publics essentiels.

Pouvoir d'achat : La distribution d'argent peut avoir des effets multiplicateurs positifs sur l'économie locale mais elle peut aussi provoquer localement l'inflation des prix des produits de base. La distribution de nourriture peut aussi affecter le pouvoir d'achat des bénéficiaires. Le pouvoir d'achat associé à un produit alimentaire donné ou à un panier de nourriture fera qu'il sera soit consommé, soit vendu par le ménage bénéficiaire. Certains produits (comme l'huile) se vendent plus facilement à bon prix que d'autres (par exemple les aliments composés). Bien comprendre les pratiques de vente et d'achat des ménages lors de l'évaluation de l'effet global des programmes de distribution de nourriture.

Sécurité au travail : Recourir à des procédures concrètes pour réduire au minimum les risques de santé publique ou pour soigner les blessures. Fournir par exemple une formation, des trousse de premiers secours et des vêtements de protection si est nécessaire. Limiter le risque d'exposition aux maladies transmissibles et au VIH. Assurer la sécurité sur le chemin du travail, en fournissant notamment des lampes de poche si la route n'est pas bien éclairée. Utiliser des cloches, sifflets et radios pour avertir en cas de menaces. Encourager les déplacements en groupes et éviter les déplacements à la tombée de la nuit. Veiller à ce que tous les participants soient au courant des procédures d'urgence et aient accès aux systèmes d'alerte précoce. Les femmes et les filles doivent être protégées de façon égale, et toute règle discriminatoire sur le lieu de travail doit être examinée.

Gestion des obligations liées à la famille et au foyer : Discuter régulièrement avec les personnes touchées, notamment avec les femmes et les hommes séparément, afin de connaître leurs préférences et leurs priorités en termes de création de revenus, d'opportunités d'argent contre travail et de tout autre besoin au sein du foyer et de la famille. Évoquer les charges de travail et toute accroissement des tensions à la maison liées aux changements des rôles hommes-femmes traditionnels et du contrôle accru des femmes sur les biens.

Les plannings des activités de type « argent contre travail » doivent tenir compte de la condition physique et des habitudes quotidiennes des hommes et des femmes, et être adaptées à la culture locale. Ils doivent par exemple tenir compte des heures de prière et des jours fériés. Les horaires de travail ne doivent pas être déraisonnables ni contradictoires en ce qui concerne la disponibilité des personnes. Les programmes ne doivent pas détourner les ressources familiales d'activités productives déjà en place, ni gêner l'accès à d'autres emplois ou à l'enseignement. La participation aux activités rémunératrices doit respecter la législation nationale sur l'âge minimum légal pour travailler. Celui-ci correspond généralement à l'âge de la fin de la scolarité obligatoire. Il est conseillé de prévoir des structures de garde d'enfant dotées d'un budget suffisant sur les lieux de travail si des aidants avec enfants participent au programme.



Gestion de l'environnement : Soutenir l'engagement des personnes dans des activités environnementales comme la plantation d'arbres, le nettoyage du camp et la réhabilitation de l'environnement par des programmes de type « argent ou aliment contre travail ». Bien que temporaires, ces activités augmenteront l'engagement des personnes vis-à-vis de leur environnement proche.

Tenir compte de l'accessibilité et de la sécurité du milieu de travail. S'assurer que les débris devant être nettoyés ne contiennent aucune substance dangereuse. Les programmes « argent contre travail » ne doivent pas impliquer de nettoyage sur des sites industriels ou des décharges.

Promouvoir comme activité rémunératrice la production de matériaux de construction durables et organiser des formations associées. Former les personnes et encourager le compostage des déchets biodégradables en vue de leur utilisation comme engrais.

Secteur privé : Le secteur privé peut jouer un rôle important dans la promotion de la protection et du rétablissement des moyens d'existence. Lorsque cela est possible, créer des partenariats pour créer des opportunités d'emploi. Ces partenariats peuvent également aider à créer et à développer des petites et moyennes entreprises. Les pépinières d'entreprises et technologiques peuvent fournir le capital financier et permettre un transfert de connaissances ⊕ cf. *manuel MERS*.

Annexe 1

Check-list pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence

Les évaluations de la sécurité alimentaire classent souvent les membres de la population touchée par groupes moyens d'existence, en fonction de leurs sources de revenus ou de nourriture et des stratégies qu'ils emploient pour se les procurer. Il peut également y avoir un découpage de la population en groupes ou strates de richesse. Il est important de comparer la situation actuelle avec la situation d'avant la crise en matière de sécurité alimentaire. On peut prendre comme point de comparaison une année dite « normale ou moyenne ». Tenir également compte des rôles et des vulnérabilités spécifiques des femmes et des hommes, et leurs conséquences pour la sécurité alimentaire des ménages.

La check-list ci-après couvre les grands domaines à prendre en compte lors d'une évaluation de la sécurité alimentaire.

Sécurité alimentaire des groupes de moyens d'existence

- Y a-t-il, au sein de la population, des groupes qui ont les mêmes stratégies de moyens d'existence ? Comment peuvent-ils être classés en fonction de leurs principales sources de nourriture ou de revenus ?

Sécurité alimentaire avant la crise (point de référence)

- Comment les différents groupes de moyens d'existence se procuraient-ils de la nourriture ou des revenus avant la crise ? Si l'on prend une année moyenne dans un passé récent, quelles étaient leurs sources de nourriture et de revenus ?
- Comment ces différentes sources de nourriture et de revenus variaient-elles selon les saisons et les zones géographiques pendant une année normale ? Il peut être utile d'établir un calendrier saisonnier.
- Tous les groupes recevaient-ils suffisamment de nourriture de bonne qualité pour être bien nourris ?
- Tous les groupes gagnaient-ils suffisamment d'argent par des moyens non néfastes pour répondre à leurs besoins de base ? Tenir compte de la nourriture, de l'éducation, des soins de santé, du savon et d'autres articles ménagers, des vêtements et des moyens de production comme les semences et les outils. (Les deux dernières questions indiqueront s'il existe des problèmes chroniques ou non. Les problèmes existants peuvent empirer avec une crise. Le choix de l'intervention dépend du caractère chronique ou momentané du problème.)



- Si l'on repense aux cinq ou dix dernières années, comment la sécurité alimentaire a-t-elle évolué d'une année à l'autre ? Il peut être utile d'établir un tableau chronologique ou un historique de la situation en sécurité alimentaire.
- Quels types de biens, d'épargnes ou d'autres réserves les différents groupes de moyens d'existence possèdent-ils ? Parmi les exemples figurent : réserves alimentaires, économies en argent liquide, bétail, investissements, crédits et créances non réclamées.
- Sur une période d'une semaine ou d'un mois, quels sont les postes de dépense des ménages ? Quel est le pourcentage consacré à chaque poste ?
- Qui est chargé de gérer l'argent du ménage, et à quoi l'argent est-il dépensé ?
- Le marché le plus proche permettant de se procurer des produits de base est-il accessible ? Prendre en compte la distance, la sécurité, la facilité de déplacement, la disponibilité et l'accessibilité des informations sur les marchés et les moyens de transport.
- Quelle est la disponibilité et le prix des produits essentiels, y compris alimentaires ?
- Avant la crise, quel était la moyenne des termes de l'échange entre les besoins de base (aliments, intrants agricoles, soins de santé, etc) et les sources de revenus (cultures de rapport, bétail, salaires, etc)

Sécurité alimentaire durant les crises

- Comment la crise a-t-elle touché les différentes sources de nourriture et de revenus pour chacun des groupes de moyens d'existence identifiés ?
- Comment a-t-elle influencé les schémas saisonniers habituels de sécurité alimentaire des différents groupes ?
- Quels effets a-t-elle eu sur l'accès aux fournisseurs de services financiers, sur les marchés, sur la disponibilité et les prix des produits essentiels ?
- Selon les différents groupes de moyens d'existence, quelles sont les différentes stratégies d'adaptation à la crise et quel est le pourcentage de personnes qui y recourent ? Comment cet aspect a-t-il changé par rapport à la situation d'avant la crise ?
- Quel groupe ou population est le ou la plus touché(e) ?
- Quels sont les effets à court et à moyen terme des stratégies d'adaptation sur les avoirs, financiers et autres, des personnes ?
- Pour tous les groupes de moyens d'existence et toutes les personnes à risques, quels sont les effets des stratégies d'adaptation sur leur santé, leur bien-être en général et leur dignité ? Y a-t-il des risques associés aux stratégies d'adaptation ?

Annexe 2

Check-list pour l'évaluation de la sécurité semencière

Ci-dessous des questions types à poser pour l'évaluation de la sécurité semencière : L'évaluation de la sécurité semencière doit tenir compte de la législation nationale sur les variétés hybrides et génétiquement modifiées.

Sécurité semencière avant la crise (point de référence)

- Quelles sont les cultures les plus importantes pour les agriculteurs ? À quoi les utilisent-ils : consommation, source de revenus, les deux ? Ces cultures sont-elles cultivées tous les ans ? Quelles autres cultures pourraient devenir importantes en temps de crise ?
- Comment les agriculteurs se procurent-ils des semences ou d'autres outils agricoles pour ces cultures ? Envisager toutes les voies possibles.
- Quels sont les paramètres de semis pour chaque culture principale ? Quelle est la superficie cultivée moyenne ? Quels sont les taux de semis ? Quels sont les taux de multiplication (rapport entre la quantité de semences ou de grains récoltée et la quantité de semences plantée) ?
- Y a-t-il des variétés de cultures spécifiques importantes ou préférées (variétés adaptées au climat local) ?
- Quels moyens de production agricole sont essentiels pour des cultures ou des variétés particulières ?
- Qui dans le ménage est chargé de prendre les décisions, de gérer les cultures et de disposer des produits aux différents stades de la production et après la production ?

Sécurité semencière après une crise

- Une intervention dans le domaine de l'agriculture est-elle réalisable du point de vue des bénéficiaires ?
- Quelles sont les cultures les plus touchées par la crise ? Faut-il se concentrer sur celles-ci en particulier ? Pourquoi ou pourquoi non ?
- Les agriculteurs sont-ils convaincus que la situation est suffisamment stable et sûre pour réussir à cultiver, récolter et vendre ou consommer leurs cultures ?
- Ont-ils un accès suffisant aux champs et aux moyens de production (fumier, outillage, animaux de trait) ?
- Sont-ils prêts à se relancer dans l'agriculture ?

Évaluation de l'offre et de la demande en semences : réserves domestiques

- La production domestique de semences est-elle suffisante pour le prochain semis ? Cela comprend les semences provenant de la récolte de l'agriculteur



lui-même et celles qu'il pourrait se procurer par les réseaux sociaux (par exemple, les voisins).

- S'agit-il d'une culture que les agriculteurs veulent continuer à cultiver ? Est-elle adaptée aux conditions locales ? Y a-t-il encore une demande ?
- Les variétés provenant de la production de l'agriculteur conviennent-elles encore pour être plantées à la saison suivante ? La qualité des semences correspond-elle aux standards normaux de l'agriculteur ?

Évaluation de l'offre et de la demande en semences : marchés locaux

- Les marchés fonctionnent-ils de manière générale malgré la crise (y a-t-il des jours de marché, les agriculteurs peuvent-ils se déplacer, vendre et acheter librement) ?
- Les volumes de semences et de graines actuels sont-ils comparables à ceux disponibles à la même période et sous des conditions normales lors des saisons précédentes ?
- Les cultures et les variétés que les agriculteurs considèrent comme appropriées pour la culture sont-elles disponibles sur les marchés ?
- Les prix courants des semences et des graines sur le marché sont-ils comparables à ceux des saisons précédentes à la même époque ? S'il existe une différence de prix, cette différence est-elle susceptible de poser problème aux agriculteurs ?

Évaluation de l'offre et de la demande en semences : secteur formel

- Les cultures et les variétés proposées dans le secteur formel sont-elles adaptées à des zones particulièrement perturbées ? A-t-on des indications claires que les agriculteurs vont les utiliser ?
- Les quantités de semences disponibles dans le secteur formel suffiront-elles à couvrir la demande liée à la crise ? Si ce n'est pas le cas, quelle proportion des besoins des agriculteurs pourront-elles couvrir ?

Annexe 3

Check-list pour l'évaluation de la situation nutritionnelle

Voici des exemples de questions pour les évaluations portant sur les causes sous-jacentes de la sous-alimentation, le niveau de risque nutritionnel et les interventions possibles. Les questions sont élaborées à partir du cadre conceptuel des causes de la sous-alimentation. ⊕ cf. *Figure 7, Sécurité alimentaire et nutrition : Causes de sous-alimentation*. Les informations seront probablement fournies par des sources diversifiées. Pour les collecter, il faudra recourir à plusieurs outils d'évaluation, notamment aux entretiens avec des informateurs clés, à l'observation et à l'examen des données secondaires.

Situation avant l'urgence

Quelles informations sont déjà disponibles sur la nature, l'ampleur et les causes de la sous-alimentation dans la population touchée ? ⊕ cf. *Standard 1.1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle*.

Risque existant de sous-alimentation

Quel est le risque de sous-alimentation lié à un accès réduit à la nourriture ?

⊕ cf. Annexe 1 : Check-list pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence.

Quel est le risque de sous-alimentation lié aux pratiques d'alimentation et de soins du nourrisson et du jeune enfant ?

- Observe-t-on un changement dans les schémas de travail et les schémas sociaux (par exemple, à cause de migrations, de déplacements ou de conflits armés) entraînant un changement des rôles et des responsabilités dans les ménages ?
- Observe-t-on un changement dans la composition normale des ménages ? Y a-t-il un nombre important d'enfants séparés de leur famille ?
- L'environnement de soins normal a-t-il été perturbé (par exemple, par un déplacement), compromettant ainsi l'accès aux soignants secondaires, l'accès à la nourriture ou l'accès à l'eau ?
- Y a-t-il des nourrissons qui ne sont pas allaités ? Y a-t-il des nourrissons nourris au lait artificiel ?
- A-t-on observé ou soupçonné une baisse des bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons pendant la phase d'urgence ? En particulier, a-t-on constaté une baisse des taux d'initiation à l'allaitement ou des taux d'allaitement exclusif ? A-t-on observé une augmentation du taux



d'alimentation au lait artificiel et/ou une augmentation du pourcentage de nourrissons non allaités ?

- Est-il possible de trouver des compléments alimentaires sûrs, adaptés à chaque âge et adéquats sur le plan nutritionnel, et peuvent-ils être préparés de façon hygiénique ?
- A-t-on observé ou soupçonné une distribution générale, gratuite ou non, de substituts de lait maternel, par exemple de lait maternisé, d'autres produits laitiers, de biberons et de tétines ?
- Dans les communautés pastorales, les troupeaux ont-ils été éloignés des jeunes enfants pendant longtemps ? L'accès au lait a-t-il changé ?
- Le VIH a-t-il eu des répercussions sur les pratiques de soins dans les familles ?
- La ration alimentaire générale a-t-elle été adaptée aux besoins des personnes âgées et des personnes ayant des difficultés à s'alimenter ? Évaluer leur composition énergétique et leur teneur en micronutriments. Évaluer le caractère acceptable des denrées alimentaires (appétence, masticabilité et digestibilité).

Quel est le risque de sous-alimentation lié à une mauvaise santé publique ?

- A-t-on signalé des flambées de maladies qui pourraient se répercuter sur l'état nutritionnel, comme la rougeole ou les maladies diarrhéiques aiguës ? De telles flambées risquent-elles de survenir ? ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standard 2.1 sur les maladies transmissibles*.
- Quelle est la couverture vaccinale estimée contre la rougeole au sein de la population touchée ? ⊕ cf. *Soins de santé essentiels – Standard 2.2.1 sur la santé des enfants*.
- De la vitamine A est-elle administrée systématiquement lors de la vaccination contre la rougeole ? Quelle est la couverture estimée de la supplémentation en vitamine A ?
- A-t-on estimé les taux de mortalité (soit bruts, soit des moins de cinq ans) ? Quels sont-ils et quelle méthode a été utilisée ? ⊕ cf. *Concepts essentiels en matière de santé*.
- Y a-t-il, ou y aura-t-il, une diminution significative de la température ambiante susceptible de modifier la prévalence d'infections respiratoires aiguës ou les besoins énergétiques de la population affectée ?
- La prévalence de l'infection au VIH est-elle importante ?
- Les personnes sont-elles déjà vulnérables à la sous-alimentation en raison de leur pauvreté ou d'une mauvaise santé ?
- Y a-t-il surpopulation, ou existe-t-il un risque ou une prévalence élevée de tuberculose ?
- A-t-on signalé des cas de maladie non-transmissible comme le diabète, l'arthrose, les maladies cardiovasculaires et l'anémie ?
- Y a-t-il une forte incidence de paludisme ?

- Les personnes ont-elles passé de longues périodes dans l'eau ou dans des vêtements mouillés, ou encore ont-elles été exposées de manière prolongée à d'autres conditions environnementales éprouvantes ?

Quelles sont les structures locales, formelles et informelles, actuellement en place par l'intermédiaire desquelles des interventions pourraient être réalisées ?

- Quelle est la capacité du ministère de la Santé, des organisations religieuses, des groupes de soutien communautaire, des groupes de soutien à l'allaitement ou des ONG présentes à long ou à court terme dans la région ?
- Quelles interventions en matière de nutrition ou quel soutien communautaire étaient déjà en place et organisés par des communautés locales, des particuliers, des ONG, des organisations gouvernementales, des agences onusiennes, des organisations religieuses ? Quelles sont les politiques relatives à la nutrition (passées, en cours ou caduques), ainsi que les interventions et programmes à long terme prévus en matière de nutrition qui sont mis en œuvre ou planifiés pour répondre à la situation actuelle ?



Annexe 4

Comment mesurer la malnutrition aiguë

Dans les situations d'urgence nutritionnelle de grande ampleur, il se peut qu'il faille inclure les nourrissons de moins de 6 mois, les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants plus âgés, les adolescents, les adultes et les personnes âgées, dans les évaluations nutritionnelles ou les programmes de nutrition.

Nourrissons de moins de 6 mois

Bien que les recherches se poursuivent encore sur cette tranche d'âge, les bases factuelles pour l'évaluation et la gestion du problème sont encore limitées. La plupart des normes recommandent la même définition des cas anthropométriques pour la malnutrition aiguë du nourrisson que pour les enfants de 6 à 59 mois (à l'exception du périmètre brachial, qui n'est pas recommandé actuellement pour les nourrissons de moins de 6 mois). Les critères d'admission reposent sur la taille de l'enfant à la date de la mesure plutôt que sur une évaluation de sa croissance.

Le passage des références National Center for Health Statistics (NCHS) en termes de croissance aux normes de l'OMS sur la croissance publiées en 2006, entraîne une augmentation du nombre de nourrissons de moins de 6 mois signalés comme souffrant d'émaciation. Cela peut aboutir à une augmentation du nombre de nourrissons admis dans des programmes de supplémentation, mais aussi au fait que les proches aidants s'interrogent sur le bien-fondé d'un allaitement exclusif. Il est important d'évaluer et d'examiner les points suivants :

- Croissance longitudinale des nourrissons : le taux de croissance est-il bon même si la taille est petite ? (certains nourrissons peuvent « rattraper le retard » malgré un faible poids à la naissance).
- Pratiques d'alimentation du nourrisson : le nourrisson est-il exclusivement allaité ?
- État clinique : le nourrisson présente-t-il des complications médicales ou un état de santé exigeant un traitement ou qui l'expose à des risques élevés ?
- Facteurs maternels : par exemple, la mère manque-t-elle de soutien familial ou est-elle déprimée ? L'hospitalisation dans des programmes d'alimentation thérapeutique doit être prioritaire pour les nourrissons exposés à des risques accrus.

Enfants âgés de 6 à 59 mois

Le tableau ci-après présente les indicateurs communément utilisés pour les différents niveaux de malnutrition parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois. Calculer les indices du rapport poids-taille (RPT) d'après les normes OMS de 2006 sur la

croissance de l'enfant. Le score Z du RPT (selon les normes de l'OMS) est l'indicateur privilégié pour rendre compte des résultats des examens anthropométriques. Le périmètre brachial (PB) est un critère indépendant pour la mesure de la malnutrition aiguë et l'un des meilleurs indices prédictifs de mortalité. La prévalence d'un PB faible est souvent utilisée pour prédire le nombre de cas à prendre en charge dans les programmes de supplémentation alimentaire et de nutrition thérapeutique. Les seuils communément utilisés sont < 11,5 cm pour la malnutrition aiguë sévère, et entre 11,5 et 12,5 cm pour la malnutrition aiguë modérée. On utilise aussi souvent le PB avec des seuils plus élevés dans le cadre d'une procédure de dépistage en deux temps. S'il ne doit pas être utilisé seul dans les examens anthropométriques, il peut par contre être le critère d'admission unique pour les programmes d'alimentation.

| | Malnutrition aiguë globale | Malnutrition aiguë modérée | malnutrition aiguë sévère |
|--|--|--|--|
| Enfants de 6 à 59 mois | RPT score Z < -2 et/ou PB < 12,5 cm et/ou œdème nutritionnel | RPT score Z de -3 à -2 et/ou PB 11,5 à 12,5 cm | RPT score Z < -3 et/ou PB < 11,5 cm et/ou œdème nutritionnel |
| Personnes âgées | PB 21 cm | PB 18,5 à 21,0 cm | PB 18,5 cm |
| Femmes enceintes et allaitantes | PB < 23 cm (peut être < 210 mm dans certains contextes) | PB 18,5 à 22,9 cm | PB < 18,5 cm |
| Adultes (dont les personnes vivant avec le VIH ou la tuberculose) | IMC < 18,5 | IMC 16 à 18,5 | IMC < 16 |

Enfants âgés de 5 à 19 ans

Utiliser les normes de croissance de l'OMS de 2007 pour déterminer l'état nutritionnel des enfants âgés de 5 à 19 ans. Ces courbes de données de référence sur la croissance sont alignées sur les normes de croissance de l'enfant de l'OMS pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et les seuils recommandés pour les adultes. Envisager l'utilisation du périmètre brachial chez les enfants plus âgés et les adolescents, surtout dans le contexte d'une infection par le VIH. Comme il s'agit d'un domaine technique en plein développement, il est important de se référer aux directives et aux mises à jour techniques les plus récentes.

Adultes (20 à 59 ans)

Il n'existe pas de définition de la malnutrition aiguë chez l'adulte qui fasse l'unanimité, mais selon les données disponibles, le seuil indiquant une malnutrition aiguë sévère pourrait se situer en dessous d'un indice de masse corporelle (IMC) de 16, et en dessous de 18,5 pour une malnutrition aiguë légère ou modérée. Les



études de la malnutrition chez l'adulte doivent chercher à recueillir des données sur le poids, la taille, la taille en position assise et les mesures du périmètre brachial. Ces données peuvent être utilisées pour calculer l'IMC. L'IMC ne devra être ajusté pour l'indice cormique (rapport de la taille en position assise à la taille en position debout) que pour procéder à des comparaisons entre populations. Cet ajustement peut changer considérablement la prévalence apparente de la sous-alimentation des adultes et avoir des conséquences importantes pour les programmes. Il faut toujours mesurer le périmètre brachial. Si l'on a besoin de résultats immédiats ou si les ressources sont très limitées, les études pourront être menées à partir des seules mesures du périmètre brachial.

Le manque de données validées sur les résultats fonctionnels et le manque de points de référence compliquent l'interprétation des résultats anthropométriques. Utiliser des informations contextuelles détaillées lors de l'interprétation. Pour une orientation sur l'évaluation, ⊕ *cf. Références et bibliographie complémentaire.*

Lors du dépistage de personnes en vue d'une admission dans des programmes de soins nutritionnels ou de la sortie de ces programmes, les critères doivent comprendre une combinaison d'indices anthropométriques, de signes cliniques (en particulier, faiblesse, perte de poids récente) et de facteurs sociaux (accès à la nourriture, présence de proches aidants, abris). À noter que l'œdème chez l'adulte peut provenir de bien d'autres causes que la malnutrition, et les médecins devront étudier les œdèmes décelés chez les adultes pour exclure d'autres causes possibles. Chaque organisation humanitaire choisit elle-même l'indicateur qui déterminera les conditions d'accès aux soins, en tenant compte des défauts connus de l'IMC, du manque d'informations disponibles sur le périmètre brachial, et des conséquences de l'utilisation des indicateurs pour le programme. Comme il s'agit d'un domaine technique en plein développement, se référer aux directives et aux mises à jour techniques les plus récentes.

Le périmètre brachial peut être utilisé comme outil de dépistage chez la femme enceinte, par exemple comme critère d'entrée dans un programme d'alimentation. Étant donné leurs besoins nutritionnels supplémentaires, les femmes enceintes sont plus à risque que d'autres groupes de la population. Le périmètre brachial ne change pas de façon significative durant la grossesse. On a montré qu'un périmètre brachial inférieur à 20,7 cm indique un risque grave ou à 23 cm un risque modéré d'un retard de croissance du fœtus. Les valeurs-seuils varient d'un pays à l'autre entre 21 et 23 cm. On considère généralement qu'un périmètre brachial inférieur à 21 cm est bien le seuil sous lequel les femmes sont exposées à un risque accru dans les situations d'urgence.

Personnes âgées

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de définition communément admise de la malnutrition chez les personnes âgées. L'OMS indique que les seuils de l'IMC des adultes conviennent pour les personnes âgées de 60 à 69 ans et plus. Cependant,

la mesure de la taille peut poser problème en raison de la courbure de la colonne vertébrale (dos voûté) et de la compression des vertèbres. L'envergure d'un ou des deux bras peut être utilisée au lieu de la taille, mais le facteur de multiplication pour le calcul de la taille varie selon la population. Une évaluation visuelle est nécessaire. Le périmètre brachial peut constituer un outil utile pour mesurer la malnutrition chez les personnes âgées, mais les recherches visant à définir les seuils appropriés ne sont pas encore terminées.

Personnes handicapées

Il n'existe pas actuellement de lignes directrices pour mesurer les personnes présentant des handicaps physiques. Ce manque de lignes directrices conduit souvent à exclure ces personnes des examens anthropométriques. Une évaluation visuelle est nécessaire. Les mesures du périmètre brachial peuvent être trompeuses dans les cas où les muscles des bras se sont développés pour faciliter la mobilité. Il existe d'autres solutions que la mesure standard de la taille, notamment la longueur, l'envergure ou la demi-envergure des bras, ou encore la longueur de la partie inférieure de la jambe. Il est nécessaire de se référer aux recherches les plus récentes afin de déterminer la manière la plus appropriée de mesurer les personnes handicapées pour lesquelles la méthode standard de mesure du poids, de la taille et du périmètre brachial ne convient pas.



Annexe 5

Mesure de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments

Traiter de toute urgence au cas par cas les carences cliniques en micronutriments. Les cas individuels de carences en micronutriments sont généralement indicatifs d'un problème sous-jacent global de carences en micronutriments dans la population tout entière. Il est donc important de mesurer et de classer les carences en micronutriments au niveau de la population pour planifier les interventions et en assurer le suivi.

Les analyses biochimiques ont l'avantage de donner une image objective du statut en micronutriments. Cependant, la collecte des échantillons biologiques à analyser représente souvent un défi sur le plan de la logistique, de la formation du personnel, de la chaîne du froid et parfois aussi en termes d'acceptabilité. De plus, les mesures biologiques ne sont pas toujours aussi sensibles et spécifiques qu'elles devraient l'être. Comme c'est le cas pour la malnutrition aiguë, il peut aussi y avoir des variations en fonction du moment de la journée où l'échantillon a été prélevé, ou de la période de l'année. Un bon contrôle de qualité est essentiel, et il faut toujours y penser au moment de choisir le laboratoire qui effectuera les analyses.

Lors de l'évaluation du statut en micronutriments, envisager la possibilité d'un apport excessif ou insuffisant de ceux-ci. C'est une question à se poser en particulier lorsque plusieurs produits hautement enrichis ou suppléments sont utilisés pour fournir des micronutriments.

Les carences en micronutriments ont des conséquences graves pour la santé physique et mentale des personnes âgées, leur système immunitaire et leurs capacités fonctionnelles.

Le tableau ci-dessous présente, avec différents indicateurs, une classification des carences en micronutriments importantes pour la santé publique. Pour plus d'informations sur les tests biochimiques et les seuils de santé publique, se référer à des documents récents en la matière ou aux conseils de spécialistes.

| Indicateur de carence en micronutriments | Tranche d'âge recommandée pour les études de prévalence | Définition d'un problème de santé publique | |
|--|---|--|--------------------|
| | | Gravité | Prévalence (%) |
| Carence en vitamine A | | | |
| Cécité nocturne (XN) | 24–71 mois | Faible | 0 ≤ 1 |
| | | Modérée | 1 ≤ 5 |
| | | Sévère | 5 |
| Taches de Bitot (X1B) | 6 à 71 mois | Non précisé | >0,5 |
| Xérosis/ulcération cornéenne/kératomalacie (X2, X3A, X3B) | 6 à 71 mois | Non précisé | >0,01 |
| Cicatrices cornéennes (XS) | 6 à 71 mois | Non précisé | >0,05 |
| Rétinol sérique (≤0,7 µmol/l) | 6 à 71 mois | Faible | 2 ≤ 10 |
| | | Modérée | 10 ≤ 20 |
| | | Sévère | 20 |
| Carence en iode | | | |
| Goitre (visible et palpable) | Enfants d'âge scolaire | Faible | 5,0 à 19,9 |
| | | Modérée | 20,0 à 29,9 |
| | | Sévère | 30,0 |
| Concentration urinaire médiane en iode (µg/l) | Enfants d'âge scolaire | Apport excessif | >300 |
| | | Apport adéquat | 100 à 199 |
| | | Carence faible | 50 à 99 |
| | | Carence modérée | 20 à 49 |
| | | Carence sévère | <20 |
| Carence en fer | | | |
| Anémie (hémoglobine chez la femme non enceinte < 12,0 g/dl ; enfants de 6 à 59 mois < 11,0 g/dl) | Femmes, enfants de 6 à 59 mois | Faible | 5 à 20 |
| | | Modérée | 20 à 40 |
| | | Sévère | 40 |
| Béribéri | | | |
| Signes cliniques | Population entière | Faible | 1 cas et <1 % |
| | | Modérée | 1–4 |
| | | Sévère | 5 |
| Apport nutritionnel (< 0,33 mg/1 000 kcal) | Population entière | Faible | 5 |
| | | Modérée | 5 à 19 |
| | | Sévère | 20 à 49 |
| Mortalité infantile | Nourrissons 2-5 mois | Faible | Pas d'augmentation |
| | | Modérée | Légère hausse |
| | | Sévère | Augmentation nette |



| Indicateur de carence en micronutriments | Tranche d'âge recommandée pour les études de prévalence | Définition d'un problème de santé publique | |
|---|---|--|------------------|
| | | Gravité | Prévalence (%) |
| Pellagre | | | |
| Signes cliniques (dermatite) dans la tranche d'âge étudiée | Population entière ou femmes > 15 ans | Faible | ≥ 1 cas et < 1 % |
| | | Modérée | 1–4 |
| | | Sévère | 5 |
| Apport nutritionnel en équivalents niacine < 5 mg/j | Population entière ou femmes > 15 ans | Faible | 5 à 19 |
| | | Modérée | 20 à 49 |
| | | Sévère | 50 |
| Scorbut | | | |
| Signes cliniques | Population entière | Faible | 1 cas et < 1 % |
| | | Modérée | 1–4 |
| | | Sévère | 5 |

Annexe 6

Besoins nutritionnels

Utiliser le tableau suivant pour la planification au début d'une crise. Les besoins nutritionnels minimums figurant dans le tableau doivent servir à évaluer les rations générales. Ils ne sont pas prévus pour évaluer l'opportunité de distribuer des rations supplémentaires ou des rations thérapeutiques, ni pour évaluer les rations destinées à des groupes particuliers comme les personnes souffrant de tuberculose ou vivant avec le VIH.

| Nutriment | Besoins minimums de la population |
|----------------------------------|---|
| Énergie | 2 100 kCal |
| Protéines | 53 g (10 % de l'énergie totale) |
| Matières grasses | 40 (17% de l'énergie totale) |
| Vitamine A | 550 µg d'équivalent d'activité du rétinol (RTE) |
| Vitamine D | 6,1 µg |
| Vitamine E | 8,0 mg d'équivalent d'alpha-tocophérol (alpha TE) |
| Vitamine K | 48,2 µg |
| Vitamine B1 (thiamine) | 1,1 mg |
| Vitamine B2 (riboflavine) | 1,1 mg |
| Vitamine B3 (niacine) | 13,8 mg d'équivalent de niacine (NE) |
| Vitamine B6 (pyridoxine) | 1,2 mg |
| Vitamine B12 (cobalamine) | 2,2 µg |
| Acide folique | 363 µg d'équivalent de folate alimentaire (DFE) |
| Pantothénate | 4,6 mg |
| Vitamine C | 41,6 mg |
| Fer | 32 mg |
| Iode | 138 µg |
| Zinc | 12,4 mg |
| Cuivre | 1,1 mg |
| Sélénium | 27,6 µg |
| Calcium | 989 mg |
| Magnésium | 201 mg |

Source : Les AJR utilisés pour les calculs relatifs à toutes les vitamines et à tous les minéraux sont issus de Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition (*Besoins en vitamines et minéraux en nutrition humaine*), 2e édition, FAO/OMS, 2004, sauf en ce qui concerne le cuivre. Les besoins en cuivre sont issus de Trace Elements in Human Nutrition and Health. *Éléments-traces dans la nutrition humaine et la santé*, OMS, 1996.



Ces valeurs moyennes des besoins minimums de la population intègrent les besoins de toutes les tranches d'âge et des deux sexes. Elles ne sont donc pas spécifiques à une tranche d'âge ou à un sexe, et ne doivent pas être utilisées pour déterminer les besoins d'un individu. Ces besoins sont calculés sur la base d'un profil démographique présumé, d'hypothèses de température ambiante et de niveaux d'activité des personnes. Ils tiennent aussi compte des besoins supplémentaires des femmes enceintes et allaitantes.

Les besoins sont exprimés sous forme d'apports journaliers recommandés (AJR) pour tous les nutriments sauf l'énergie et le cuivre.

Les actualisations récentes et les recherches en cours sur les macro et micronutriments sont disponibles sur les sites Internet du FAO et de l'OMS.

Ajuster les besoins énergétiques (à la hausse ou à la baisse) des populations en fonction des facteurs suivants :

- la structure démographique de la population, en particulier le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans, le pourcentage de femmes et de personnes âgées, d'adolescents ;
- le poids moyen des adultes et le poids corporel réel, habituel ou souhaitable ;
- les niveaux d'activité nécessaires pour avoir une vie productive (les besoins augmenteront si l'activité dépasse le niveau d'une activité légère, c'est-à-dire $1,6 \times$ le métabolisme de base) ;
- la température ambiante moyenne, les capacités d'abri et les moyens vestimentaires (les besoins augmenteront si la température ambiante moyenne est inférieure à 20°C) ;
- l'état nutritionnel et sanitaire de la population (les besoins augmenteront si la population est mal-nourrie et doit rattraper un retard de croissance. La prévalence du VIH aura parfois une incidence sur les besoins moyens de la population. Ajuster les rations générales afin de répondre à ces besoins, en fonction de l'analyse du contexte et des recommandations internationales).

Pour des conseils sur le calcul des ajustements, ⊕ cf. *Food and Nutrition Needs in Emergencies (Besoins nutritionnels et alimentaires dans les situations d'urgence)* du UNHCR, de l'UNICEF, du PAM et de l'OMS (2002) et l'ouvrage *Food and Nutrition Handbook (Manuel pour l'alimentation et la nutrition)* du PAM (2001).

S'il n'est pas possible d'obtenir ce type d'informations à partir des évaluations, utiliser les chiffres dans le tableau ci-dessous en guise de normes minimales.

Pour comprendre la structure de la population, répartie selon le sexe, l'âge et d'autres critères si nécessaire, utiliser les données de références nationales ou se référer aux projections de la population mondiale. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

Références et bibliographie complémentaire

Général

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. <http://documents.wfp.org>

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking*. Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs*. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. <http://cpwg.net>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework*. International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

Evaluations

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. <http://smartmethodology.org>



Nutrition

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7.* FANTA/AED, 2004.

Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations. Save the Children UK, 2007. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org
Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

Prise en charge de la malnutrition aigüe

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences.* *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. <https://doi.org>

Méthodologiques participatives

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work.* ALNAP, 2014.

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. <https://www.unicef.org>

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. <https://www.ennonline.net>

Enfants

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

Sécurité alimentaire

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming.* World Food Programme, 2015. <http://documents.wfp.org>

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3.* FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>
Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018.
<http://cleancookstoves.org>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3.
 IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. <http://www.fao.org>

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2*. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N).
 WFP, 2015. <https://www.wfp.org>

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves.
<http://cleancookstoves.org>

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

Aide alimentaire

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft.
<https://reliefweb.int>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013.
<https://reliefweb.int>

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger.
 WFP, 2010. <https://documents.wfp.org>

Interventions en sémences

Seed System Security Assessment (SSSA), CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

Les marchés et l'aide monétaire

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013.
www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012.
www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action.
 IASC, 2015. www.gbvguidelines.org



Genre

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Personnes handicapées

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. <http://training.unicef.org>

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

Moyens d'existence

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

Environnement

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

Bibliographie complémentaire

Pour des suggestions de lectures complémentaires, vous référer à : www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliographie complémentaire

Évaluation initiale

Evaluation multisectorielle initiale rapide (MIRA). IASC, 2015.

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition. UNHCR/WFP, 2009.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). WFP and UNICEF, 2016.

Évaluations de la sécurité alimentaire

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. CARE, 2002.

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification. FANTA, 2015. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf>

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines. FAO and WFP, 2009. www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Vulnerability and Capacity Assessment (VCA). FICR. <http://www.ifrc.org/fr/introduction/gestion-de-catastrophes/preparation-aux-catastrophes/disaster-preparedness-tools1/>

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers. Save the Children, 2008.

Manuel d'évaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence (EFSA) – deuxième édition. WFP, 2009.

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. WFP, 2009.

Évaluation de la sécurité semencière

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems*. Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security*. International Center for Tropical Agriculture, 2008.

Évaluation des moyens d'existence

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability*. ODi, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009.



Marchés

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers. Action contre la faim, 2007.

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report, HPG background paper.* HPG, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf>

Critères minimaux d'analyse de marché en situation d'urgence (MISMA). CaLP, 2013. http://www.cashlearning.org/downloads/5882-CaLP-report_lo_rez_French.pdf

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis. CARE, 2008.

Crete, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies.* Oxfam GB, 2006.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper.* ODI, 2005.

Note d'orientation sur l'évaluation multisectorielle initiale rapide (MIRA). IASC, 2015.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit.* Oxfam GB, 2010.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Consommation alimentaire

Score de diversité alimentaire des ménages (SDAM). Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA). OMS. www.who.int/elena/nutrient/fr/

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. WFP, 2008. www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Méthodologies participatives

Participatory Vulnerability Analysis. ActionAid, 2004.

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook. CARE, 2009.

Comment faire une EVC ? Guide pratique à l'usage du personnel et des volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. FICR, 2007.

CEDRA. Évaluation des risques et de l'adaptation au changement climatique et à la dégradation de l'environnement. Tearfund, 2009.

Systèmes d'information sur la nutrition et la sécurité alimentaire

Système mondial d'information et d'alerte rapide sur l'alimentation et l'agriculture (SIMIAR). FAO. <http://www.fao.org/ES/gIEWS/french/index.htm>

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1. IPC Global partners et FAO, 2008. www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2*. ODI, 2001. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf>

FEWS NET, Réseau des systèmes d'alerte précoce contre la famine. USAID. www.fews.net/fr/

Évaluation anthropométrique

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention, WFP, 2005.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers*. HPN, 2006. <https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/>

Évaluation nutritionnelle en situation d'urgence. Directives pour agents de terrain. Save the Children UK, 2004.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. UN ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Évaluation des micronutriments

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations*. Micronutrient Initiative et CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Évaluation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. CARE, 2010. www.enonline.net/resources

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant. ACF International, 2014.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence : Guide pour la programmation. Commission européenne, 2014. https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_fr.pdf

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2009. www.enonline.net/ifecoregroup

IFE Module 1: Orientation package on IFE. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.enonline.net/ifemodule1

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.enonline.net/ifemodule2



Cibles mondiales de nutrition 2025 : Notes d'orientation sur l'allaitement au sein. OMS et UNICEF, 2014. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/fr/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. WHO, 2010.

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. WHO, 2004.

Directives sur l'alimentation des nourrissons et le VIH dans le contexte des populations réfugiées et déplacées. UNHCR, 2009. <http://www.unhcr.org/fr/4b9f9f315.pdf>

Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Procédures opérationnelles standard pour la gestion des substituts du lait maternel pour les enfants de 0 à 23 mois dans les situations de réfugiés et Annexes. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org/fr-fr/publications/operations/55c475b79/pratiques-dalimentation-nourrissons-jeunes-enfants-procedures-operationnelles.html>

Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. UNICEF et OMS, 2003.

Guide de Programmation : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. UNICEF 2012. https://www.unicef.org/nutrition/files/Guide_de_programmation_en_ANJE_2012_final.pdf

Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF et OMS, 2007.

Sécurité alimentaire générale

Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/mali/document/standards-minimums-pour-la-protection-de-l%E2%80%99enfance-dans-l%E2%80%99intervention>

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role.* Routledge, New York, 2005. <https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf>

Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le genre dans les situations de crise humanitaire– Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence, Chapitres 1–4, Aide-mémoire 6.1 Sécurité alimentaire et nutrition. CPI, 2005.

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. <https://www.enonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf>

Le droit à une alimentation suffisante : Fiche d'information No.34. OHCHR et FAO, 2010. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34fr.pdf>

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP et OMS, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution. World Vision International, 2017.

Distribution ciblée de denrées alimentaires

Food Resource Management Handbook. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3*. Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP, 2003.

UNHCR Handbook for Registration. UNHCR, 2003.

Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org

School Feeding Quality Standards. WFP, 2009.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide. WFP, 2008.

Targeting in Emergencies. WFP, 2006.

Logistics Operational Guide. WFP, Logistics Cluster, 2010.

Food Quality Control. WFP, 2010. <http://foodqualityandsafety.wfp.org/>

Food Assistance Main Manual, Third edition. World Vision International, 2017.

Interventions en semences

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10*. International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

Manuels pour la nutrition générale dans les situations d'urgence

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. GNC MAM Task Force, 2014.

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations. IASC, 2008.

Harmonised Training Package (HTP). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. *Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications*. ENN, 2014.

Prudhon, C. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations*. ACF, 2002.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies. UNHCR and WFP, 2009.

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food and Nutrition Handbook. WFP, 2001.

The Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO, 2000.

Personnes vulnérables

Food Assistance Programming in the Context of HIV. FANTA and WFP, 2007.

Vivre au mieux avec le VIH/SIDA. Un manuel sur les soins et le soutien nutritionnels à l'usage des personnes vivant avec le VIH/SIDA. FAO et OMS, 2002.



Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. HelpAge International, 2001.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis. HelpAge and UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. IASC, 2006.

Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children.*

Winslow Press, 1994.

Prise en charge de la malnutrition aiguë

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA. ENN, IFE Core Group et collaborateurs, 2009. www.ennonline.net/resources

La prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). Le Guide de Formation. FANTA, 2008.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. *Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies.* HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. *Supplementary Feeding Minimum Reporting Package.* HPN, Forthcoming.

La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement. OMS, 1999.

Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère. OMS, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. VALID International, 2006.

Carences en micronutriments

Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions.* UN Standing Committee on Nutrition, 2007. <https://www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf>

Supplémentation en vitamine A : utilisations des suppléments dans le traitement et la prévention de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie, Deuxième édition. OMS, 1997.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 2000.

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

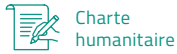
Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies. WHO, UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers. UNICEF, UNU et WHO, 2001.



Abris et
habitat



Charte
humanitaire



Principes de
protection



Norme
humanitaire
fondamentale



Abris et habitat

| Planification | Lieu et planification de l'hébergement | Espace de vie | Articles ménagers | Assistance technique | Sécurité de l'occupation | Pérennité environnementale |
|------------------------------------|---|------------------------------------|--|---|---|---|
| Standard 1 Planification | Standard 2 Lieu et planification de l'hébergement | Standard 3 Espace de vie | Standard 4 Articles ménagers | Standard 5 Assistance technique | Standard 6 Sécurité de l'occupation | Standard 7 Pérennité environnementale |

ANNEXE 1 Check-list pour l'évaluation des abris et de l'habitat

ANNEXE 2 Description des scénarios d'hébergement

ANNEXE 3 Caractéristiques supplémentaires des scénarios d'hébergement

ANNEXE 4 Options d'aide

ANNEXE 5 Options de mise en œuvre

ANNEXE 6 Options potentielles d'aide et de mise en œuvre en fonction des scénarios d'hébergement (en ligne)

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Notions essentielles en matière d’abris et d’habitat..... | 276 |
| Les standards en matière d’abris et d’habitat | |
| 1. Planification..... | 283 |
| 2. Lieu et planification de l’hébergement..... | 287 |
| 3. Espace de vie..... | 293 |
| 4. Articles ménagers | 298 |
| 5. Assistance technique | 302 |
| 6. Sécurité de l’occupation | 307 |
| 7. Pérennité environnementale | 311 |
| Annexe 1: Check-list pour l’évaluation des abris et de l’habitat | 315 |
| Annexe 2: Description des scénarios d’hébergement..... | 320 |
| Annexe 3: Caractéristiques supplémentaires des scénarios d’hébergement | 322 |
| Annexe 4: Options d’aide | 324 |
| Annexe 5: Options de mise en œuvre | 327 |
| Annexe 6: Options potentielles d’aide et de mise en œuvre en fonction des scénarios d’hébergement (en ligne) | |
| Références et bibliographie complémentaire | 328 |



Notions essentielles en matière d'abris et d'habitat

Tout un chacun a le droit à un logement digne

Les Standards minimums Sphère en matière d'abris et d'habitat constituent une expression pratique du droit à un logement décent dans les contextes humanitaires. Les Standards se fondent sur les convictions, les principes, les devoirs et les droits dans un sens plus large qui sont énoncés dans la Charte humanitaire. Ils comprennent le droit de vivre dignement et le droit à la protection et à la sécurité, ainsi que le droit de bénéficier d'une aide humanitaire en fonction des besoins.

Pour une liste des principaux documents juridiques et politiques sur lesquels repose la Charte humanitaire, accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires, ⊕ cf. *Annexe 1, Le fondement juridique de Sphère*.

Les abris et l'habitat sont étroitement liés et doivent être considérés comme un ensemble. Un « abri » est constitué par l'espace de vie d'un foyer, avec les éléments nécessaires pour accomplir les activités quotidiennes. L'« habitat » est l'emplacement, dans un sens plus général, où les gens et les communautés vivent.

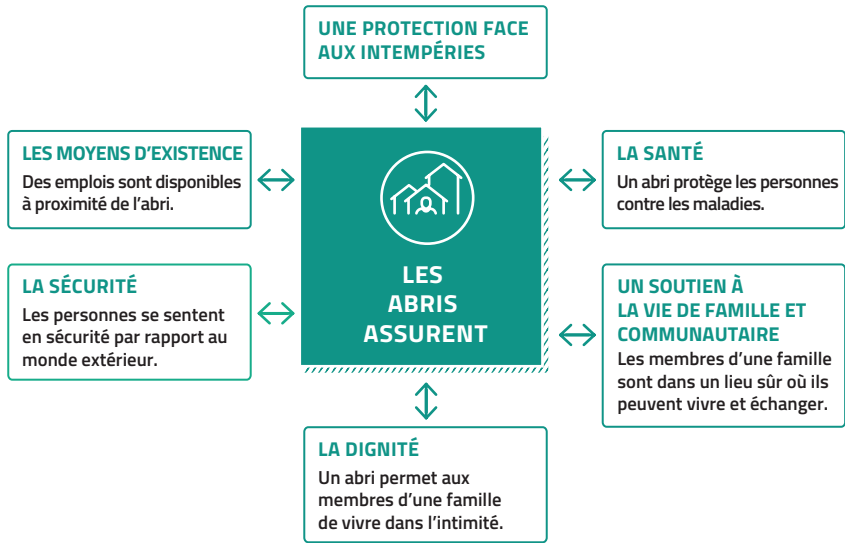
Les interventions en matière d'abris et d'habitat ont pour objet de fournir un environnement de vie sûr

Une assistance en matière d'abris et d'habitat apportée en temps et en heure peut sauver des vies aux stades initiaux d'une crise. Outre la fourniture d'une protection contre les intempéries, les abris s'avèrent nécessaires pour promouvoir la santé, pour contribuer à la vie communautaire et pour apporter de la dignité, de la sécurité et un accès à des moyens d'existence ⊕ cf. *Figure 8 ci-dessous*.

La durée moyenne pendant laquelle les gens se trouvent en situation de déplacement n'a pas cessé d'augmenter au fil des années. Les déplacements durant des années, voire même des décennies, l'emplacement des sites où sont établis les abris et les hébergements, ainsi que la planification des quartiers et des communautés au sein desquels les abris se situent, s'avèrent importants pour contribuer à la dignité et à la récupération des personnes affectées par une crise.

L'aide en matière d'abris et d'habitat doit soutenir les points forts existants des foyers, des communautés, de la société civile et des gouvernements affectés, et s'y appuyer. Cette façon de faire accroît les chances de développer des stratégies localisées qui encouragent l'auto-suffisance et l'auto-gestion de la part des personnes affectées. Un sentiment de sécurité, de communauté et de cohésion sociale se révèle essentiel pour entamer le processus de récupération.

Les options d'intervention en matière d'abris et d'habitat ne se limitent pas à la fourniture d'équipements et de matériaux ou à la construction d'abris.



Ce qu'apporte un abri (Figure 8)

Quelques fonctions d'un abri d'urgence approprié. Les programmes en matière d'abris doivent aider les familles à subvenir à ces besoins.

Les options d'intervention englobent aussi un soutien pour sécuriser des terres, se procurer des abris, des logements ou des articles ménagers. Elles comprennent l'assistance technique et l'assurance qualité, lesquelles peuvent autonomiser et mobiliser les populations affectées pour reconstruire mieux et plus sûrement. La connaissance du cadre juridique national en matière de logement, de terres et de droit d'occupation se révèle essentielle. Une compréhension de la législation nationale en matière de réfugiés et des procédures y afférentes en vue de la détermination dudit statut est, elle aussi, importante.

Quelle que soit la forme de l'aide fournie, il est important de toujours respecter les structures communautaires existantes, ainsi que de promouvoir la cohésion sociale.

Chaque foyer et chaque communauté nécessiteront des degrés et des types d'aide différents. La sécurité de l'occupation et une documentation appropriée du statut civil constituent des conditions sine qua non pour avoir accès à des abris sûrs. Néanmoins, dans des contextes de conflit, ou lorsque des questions demeurent en suspens concernant le droit d'occupation des terres, l'aide en matière d'abris peut se révéler particulièrement complexe ⊕ cf. *Standard 6 sur les abris et l'habitat : Sécurité de l'occupation.*

De plus en plus souvent, il s'avère nécessaire d'envisager un déplacement et une récupération sur le long terme dans le cadre de la planification de l'hébergement. Les déplacements peuvent exercer une pression sur les ressources existantes (souvent limitées) et susciter des tensions avec les communautés d'accueil



voisines. Une programmation de qualité englobe la compréhension, la prévention et l'atténuation des impacts négatifs sur l'environnement. Si les questions environnementales ne sont pas prises en considération, les programmes d'abris et d'habitat peuvent, in fine, se révéler inefficaces dans la mesure où les résultats à court terme peuvent donner lieu à de nouveaux problèmes, exigeant ainsi des investissements supplémentaires ⊕ cf. *Standard 7 sur les abris et l'habitat : Pérennité environnementale.*

Les interventions en matière d'abris et d'habitat dans des zones urbaines requièrent une expertise particulière.

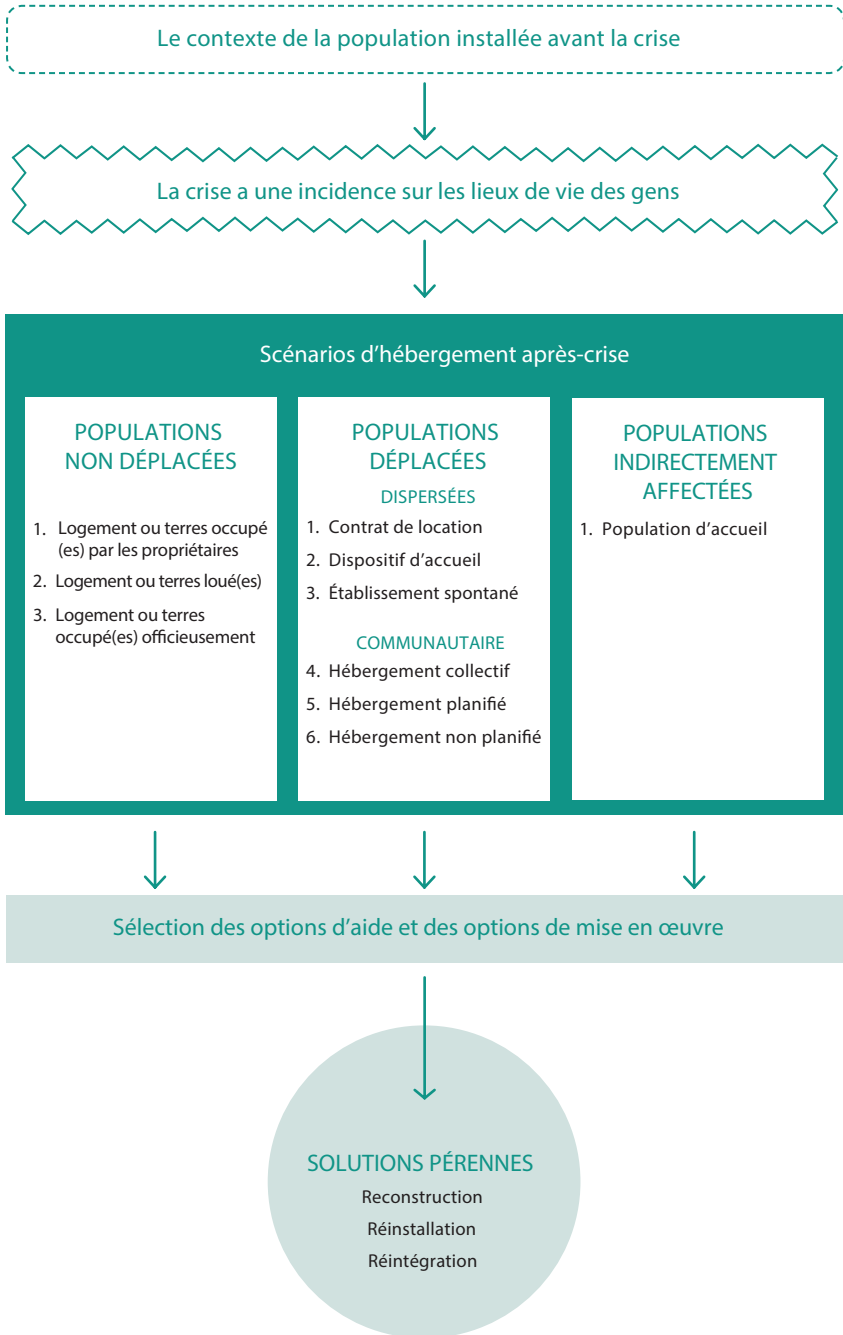
Aider les personnes dans les zones urbaines peut se révéler compliqué en raison de la haute densité de la population, des besoins en termes d'infrastructures, de la réglementation gouvernementale et de la diversité sociale existant au sein de la communauté. Pendant et après une crise, communiquer avec des personnes hautement mobiles et les aider, s'avère difficile, notamment lorsqu'il s'agit de trouver un espace de vie suffisant. Dans les cas où des infrastructures techniquement complexes (comme les hauts immeubles) sont touchées, les organisations humanitaires devront aussi travailler avec des accords de location complexes impliquant des propriétaires, des locataires ou des habitants informels multiples.

Travailler dans des contextes urbains exige une expertise dans la planification et l'aménagement urbains, ainsi qu'une connaissance des droits, de la réglementation, des lois et des politiques régissant le logement, les terres et la propriété foncière. Une forte compréhension du marché du logement et du marché financier locaux est essentielle. Il faut être préparé à travailler avec la société civile et le secteur privé. Le secteur privé peut jouer un rôle en apportant des solutions pérennes fondées sur le marché. Les interventions devront se fonder sur les règles et les services locaux, et éviter de créer des structures parallèles. Le développement d'une intervention globale sur le plan de l'hébergement, du quartier ou de la zone permettra de disposer de plus de chances de fournir une contribution durable au bien-être des populations affectées dans les zones urbaines ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Différents scénarios d'hébergement après-crise doivent être envisagés

L'endroit et la façon dont les gens trouveront des abris varieront en fonction de leur capacité à rester sur place ou de leur nécessité de partir. Une prise en compte systématique du contexte après-crise constitue la première étape dans la planification des options d'aide en matière d'abris et d'hébergement. Il est important de comprendre les différentes approches qui peuvent être adaptées aux personnes déplacées, celles qui sont directement affectées mais non déplacées ou celles qui sont indirectement affectées ⊕ cf. *Figure 9 ci-dessous.*

Si les conditions le permettent, les personnes pourront choisir de rester dans leur lieu d'origine en tant que propriétaires-occupants, ou dans des logements ou sur des terres loué(e)s ou occupé(e)s officieusement. L'aide apportée aux familles déplacées peut englober la réparation ou la reconstruction des habitations existantes.



Scénarios d'hébergement après crise (Figure 9)

Les populations déplacées peuvent se disperser localement, vers d'autres endroits au sein de leur pays de résidence, ou traverser les frontières. Dans de telles situations, elles risquent fort de louer des logements, de s'établir dans le lieu de leur choix ou d'être hébergées par des tiers. Certaines familles déplacées peuvent choisir de se rassembler au sein de logements collectifs ou d'hébergements planifiés ou de trouver abri en hébergement non planifié.

Une compréhension de la crise par le biais de ces scénarios d'hébergement, ⊕ cf. *Figure 5*, contribuera à la planification des stratégies d'aide. Ceci comprend la sélection du type le plus efficace et approprié d'aide, en fonction des catégories particulières de populations affectées, ainsi que la sélection des modalités de fourniture de l'aide. L'aide doit contribuer à une récupération progressive, l'idéal étant de parvenir à une solution pérenne. Les standards et les annexes inclus dans ce chapitre empruntent cette logique, et ils doivent être utilisés ensemble ⊕ cf. *annexe 2 : Description des scénarios d'hébergement* et *annexe 3 : Caractéristiques additionnelles des scénarios d'hébergement*.

Ces standards minimums ne doivent pas être appliqués de façon isolée

Les standards minimums dont il est question dans ce chapitre reflètent le contenu essentiel du droit à un logement digne, tout en contribuant à la réalisation progressive de ce droit dans le monde entier.

Le droit à un logement digne est lié aux droits à l'eau et à l'assainissement, ainsi qu'aux aliments et à la santé. Les progrès accomplis dans la réalisation des standards minimums Sphère dans un domaine influencent les progrès enregistrés dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, une coordination et une coopération étroites avec d'autres secteurs sont nécessaires. La coordination avec les autorités locales et d'autres organismes intervenants contribue à garantir que les besoins sont satisfaits, que les efforts ne se chevauchent pas et à optimiser la qualité de la sécurité alimentaire et des interventions en matière de nutrition. Les renvois que l'on trouve dans le Manuel viennent suggérer certains liens potentiels.

C'est ainsi, par exemple, que des installations appropriées d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont nécessaires pour assurer la santé et la dignité des populations affectées. Les ustensiles de cuisine et les couverts essentiels, ainsi que le combustible pour cuisiner permettent aux gens d'utiliser l'aide alimentaire et de remplir leurs besoins nutritionnels.

Lorsque les standards nationaux sont inférieurs aux standards minimums Sphère, les organisations humanitaires doivent travailler avec le gouvernement pour les relever progressivement.

Le droit international protège expressément le droit à un logement digne

Le droit d'accéder à un logement digne est protégé par le droit international. Il s'agit du droit de vivre quelque part en sécurité, en paix et dans la dignité. Ce droit comporte des libertés, telles que le droit de choisir sa propre résidence,

ainsi que des habilitations, comme la sécurité de l'occupation. Il consacre des principes de protection, comme la protection face aux expulsions forcées. Les États sont tenus de garantir ce droit lorsque des personnes physiques ou des groupes, y compris les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, ne sont pas en mesure d'accéder à un logement digne, notamment dans le cadre d'une crise ⊕ cf. *Annexe 1 : Le fondement juridique de Sphère*.

La notion de « dignité » signifie qu'un logement ne se résume pas à quatre murs et à un toit. Cette notion souligne l'importance, dans le cadre d'une intervention en matière d'abris, d'y inclure un prisme d'hébergement, d'identité culturelle et de disponibilité de services. Un logement « digne » ou autre forme d'abri doit être assorti de la sécurité d'occupation et être :

- économiquement abordable, permettant à la famille de conserver assez de moyens pour accéder à d'autres biens et services, pour vivre dignement ;
- habitable, apportant une sécurité physique, un espace de vie protégé et approprié, un accès à de l'eau salubre et potable, à des installations appropriées d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) et à des zones de préparation et de stockage des aliments ;
- culturellement acceptable ;
- accessible et utilisable, y compris pour les personnes à mobilité réduite ; et
- situé dans un lieu où il est possible de trouver des moyens d'existence et des services communautaires de base.

Liens vers les Principes de protection et la Norme humanitaire fondamentale

Les crises peuvent exacerber les inégalités préexistantes. Aussi, il importe de proposer une aide impartiale et adaptée au contexte, notamment à ceux qui disposent le moins de capacités pour récupérer par eux-mêmes après une crise ⊕ cf. *Principe de protection 2*.

Certaines personnes peuvent rencontrer des difficultés pour accéder à l'aide en matière d'abris et d'habitat en raison d'obstacles physiques, culturels, économiques et sociaux. Pour comprendre ces situations et intervenir, il convient de tenir compte de ce qui suit :

- **du statut juridique des personnes physiques** (par exemple, des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, des apatrides, des migrants, des demandeurs d'asile, des sans-abris ou des sans-terres, ou d'autres personnes privées de libertés civiles et d'un accès aux services publics ou aux filets de protection sociale) ; et
- **des personnes confrontées à des risques particuliers en matière de protection et des groupes présentant un risque particulier de discrimination et d'exclusion sociale**, en raison de :
 - leur ethnie, leur nationalité, leur caste, leur groupe autochtone ou leur affiliation religieuse ou politique ;



- leur situation en matière foncière, leur statut de personnes déplacées, leur statut d'occupants officieux ou leur statut de locataires ;
- le lieu où se trouvent leurs habitations, difficiles d'accès, dans des zones dangereuses, dans des zones à risque, dans des établissements urbains ou dans des établissements informels ; et
- leur vulnérabilité et leur statut au sein de la société ⊕ cf. *Qu'est-ce que Sphère ?* et les *Principes de protection*.

Le personnel humanitaire doit être formé à la protection de l'enfance et savoir comment utiliser les systèmes d'orientation lorsqu'il y a des soupçons de violences, d'abus ou d'exploitation, y compris à l'encontre des enfants.

Dans le cadre de l'application des Standards minimums, l'ensemble des neuf Engagements de la Norme humanitaire fondamentale doivent être respectés, et servir de base pour fournir un programme d'abris et d'habitat responsables.

1. Planification

La planification est essentielle pour obtenir des résultats optimaux en termes d'intervention, et cela sur les plans régional, national, de l'organisme ou de la communauté. Comprendre le contexte avant et après-crise permet d'évaluer l'impact direct et indirect de la crise sur les conditions de vie des gens, ainsi que toutes conséquences sociales, économiques et politiques. Identifier les besoins pour développer ensuite les options d'intervention appropriées, constitue la base d'une intervention bien planifiée et coordonnée en matière d'abris et d'habitat.

Standard 1 sur les abris et l'habitat : Planification

Les interventions en matière d'abris et d'habitat sont bien planifiées et coordonnées, afin de contribuer à la sécurité et au bien-être des personnes affectées, ainsi que de promouvoir la récupération.

Actions clés

- 1 Travailler avec les populations affectées, ainsi qu'avec les autorités nationales et locales pour évaluer les besoins et les capacités en matière d'abris et d'habitat.
 - Évaluer les changements existants dans le contexte après-crise, identifier les besoins et les capacités immédiats des populations déplacées et non déplacées, et considérer tous besoins particuliers des groupes à risque.
 - Identifier la disponibilité de terrains, d'immeubles, d'appartements et de chambres habitables ou susceptibles d'être occupés sur les marchés locaux du logement et de la location foncière.
- 2 Travailler avec les parties prenantes pour identifier les options d'aide les plus efficaces et appropriées, ainsi que pour les modalités de leur fourniture.
- 3 Développer un plan d'abris et d'habitat en coordination avec les autorités compétentes et les communautés affectées.
 - Proposer une aide taillée sur mesure en fonction des besoins et des préférences des populations et des autorités compétentes.
 - Optimiser la rentabilité, la qualité technique, la vitesse et le calendrier, l'échelle de la mise en œuvre et la transposabilité.



Indicateurs clés

Le plan en matière d’abris et d’habitat prévoit les besoins essentiels de la population cible, et il est arrêté en accord avec ladite population et les autorités compétentes.

Taux de personnes affectées indiquant que l’aide en matière d’abris et d’habitat reflète leurs besoins et priorités, tout en contribuant à mettre en place une solution plus pérenne.

Notes d’orientation

Évaluation : Lors de l’évaluation, revoir les modifications intervenues dans les conditions afférentes aux abris et à l’habitat après la crise et y inclure les risques éventuels en termes de protection dès le départ. Il peut s’agir de perceptions de la communauté d’accueil, des risques associés à l’accès à l’hébergement, d’un accès sûr aux services ou des risques d’expulsion.

Envisager l’impact direct et indirect de la crise sur les conditions de vie des personnes, y compris les conséquences sociales, économiques et politiques.

Les crises affectent les personnes de façons diverses, ainsi des personnes différentes présenteront des besoins différents en matière d’abris et d’habitat. Travailler avec des groupes susceptibles de se trouver confrontés à des obstacles particuliers pour accéder aux abris, comme les personnes handicapées, les foyers dont le chef de famille est une femme, les personnes âgées ou les personnes appartenant à une minorité linguistique ou ethnique ⊕ cf. *Annexe 1 : Check-list pour l’évaluation des abris et de l’habitat, Principe de protection 2 et Norme humanitaire fondamentale Engagement 4.*

Options d’aide et de mise en œuvre : Choisir les options les plus efficaces en fonction du contexte, des capacités, des ressources disponibles, du scénario d’hébergement et de la phase d’intervention. Parmi les autres facteurs à prendre en considération, on peut citer le lieu, le type de logement (y compris les techniques locales de construction), le régime foncier, le marché et le cadre juridique. Accorder la priorité à l’aide qui permettra aux personnes de retourner dans leur habitation (ou sur le site de leur habitation) d’origine, si possible. Aider les personnes qui ne sont pas en mesure ou qui ne souhaitent pas retourner dans leur habitation d’origine à accéder à des options conformes à leurs besoins ⊕ cf. *annexes 2 à 6.*

Définir un calendrier pour répondre aux besoins immédiats en tenant compte de l’efficacité, de la qualité technique, de l’échelle de la mise en œuvre, des capacités sur le terrain et de la transposabilité. Explorer des options pour accroître la récupération et la résilience à long terme des communautés face à des crises à venir.

Considérer différentes façons de mettre en œuvre les options choisies, notamment en associant :

- l'aide financière ;
- l'aide matérielle en nature ;
- les contrats de travaux / les travaux sur commande ;
- l'assistance technique / l'aide en matière d'assurance qualité ; et
- le renforcement des capacités.

Revoir et ajuster l'association des différentes options entre elles au fil du temps, si la situation change.

Les personnes déplacées : Outre leurs besoins immédiats en matière d'abris, les personnes déplacées ont également besoin d'aide pour prendre des décisions avisées concernant les solutions de logement dont elles disposent. Parmi les exemples d'aide, l'on peut citer les informations sur l'opportunité de rentrer chez elles et à quel moment, sur la façon de s'intégrer dans le lieu du déplacement ou s'il convient de se réinstaller dans un autre lieu.

Les familles non déplacées auront besoin d'aide pour reprendre leurs conditions de vie d'origine et devront bénéficier d'une assistance appropriée en matière de logement. Si les travaux de reconstruction doivent durer longtemps, ou si les gens ne sont pas en sécurité, explorer des options temporaires telles que les familles d'accueil, l'aide à la location ou les abris temporaires ou de transition. Si la crise a modifié les conditions de sécurité et de sûreté, un transfert pourrait s'avérer nécessaire.

Les communautés d'accueil subissent elles aussi les conséquences d'une crise car elles partagent leur espace public (services de santé, écoles) et privé (lorsqu'une famille accueille une personne ou une famille déplacée). Il peut exister une concurrence réelle ou perçue avec les personnes déplacées pour ce qui est des emplois, des services, des infrastructures et des ressources. Les solutions doivent envisager une aide équitable et ciblée n'engendrant pas de risques ou de menaces supplémentaires pour la communauté ⊕ cf. *Principe de protection 1*.

Analyse du marché : La compréhension des marchés environnants sur les plans local, national et régional est essentielle pour une intervention de bonne qualité en matière d'abris. Cette connaissance permettra de choisir les options d'abri adaptées, et de recueillir des renseignements sur les locations et autres services y afférents ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés*, *manuel MISMA* et *manuel MERS*.

Enlèvement des débris : Entamer la gestion des débris immédiatement après la crise. Les débris peuvent être réutilisés, recyclés ou identifiés en vue de leur tri, collecte et/ou traitement. Ils peuvent permettre de lancer des programmes de rémunération contre travail. La gestion des débris pose des problèmes essentiels, notamment lorsqu'il y a présence de corps humains, des structures dangereuses et



des matières dangereuses. L'enlèvement des débris peut nécessiter une expertise et des équipements spécialisés, de sorte qu'il devra être planifié avec des spécialistes d'autres secteurs ⊕ cf. *Standard 7 sur les abris et l'habitat : Pérennité environnementale, Standards sanitaires et Standards WASH.*

Opportunités de moyens d'existence : Les moyens d'existence des personnes avant la crise, ainsi que les opportunités existantes après cette dernière, sont essentiels pour déterminer les options d'hébergement. La disponibilité des terres, l'accès sûr aux cultures et aux pâturages et l'accès aux marchés et à d'autres opportunités d'emploi, peuvent affecter le lieu où les gens choisissent de vivre, même à titre temporaire ⊕ cf. *Standards sur la sécurité alimentaire et de nutrition - moyens d'existence 7.1 et 7.2, manuel LEGS et manuel MERS.*

Retour : Le retour sur leurs propres terres et habitations est un objectif majeur pour la plupart des personnes affectées par une crise. Les personnes affectées devraient être en mesure de déterminer le besoin de réparation de leurs habitations ou d'amélioration de leur logement. Le retour peut contribuer aux stratégies d'adaptation communautaires et reprendre les modèles d'hébergement et les infrastructures établis. La réparation ou la reconstruction des infrastructures communautaires, telles que les écoles, les systèmes d'alimentation en eau, les cliniques ou les marchés est elle aussi importante pour permettre le retour des personnes déplacées. Certaines circonstances peuvent empêcher ou retarder le retour, telles que les préoccupations de sécurité, la présence de forces armées sur les propriétés ou les terres, la poursuite d'un conflit violent, les tensions ethniques ou religieuses, les craintes de persécutions, ou encore les mines terrestres et les obus non explosés. Une législation inappropriée ou discriminatoire dans les domaines fonciers et immobiliers, ou encore des procédures coutumières, peuvent empêcher le retour des familles dont le chef est une femme, des personnes devenues veuves ou orphelines à cause de la crise, ou encore des personnes handicapées. Les populations déplacées qui pourraient ne pas être en mesure d'entreprendre des activités de reconstruction pourraient aussi être découragées ou empêchées de rentrer.

2. Lieu et planification de l'hébergement

La planification concernant le lieu et la zone d'hébergement devrait promouvoir des espaces de vie sûrs, acceptables et accessibles donnant un accès aux services de base, à des moyens d'existence et à des possibilités de connexion avec un réseau plus large.

Standard 2 sur les abris et l'habitat : Lieu et planification de l'hébergement

Les abris et l'hébergement se trouvent dans des zones sûres et sécurisées, avec un espace de vie et un accès adéquats aux services essentiels et aux moyens d'existence.

Actions clés

- 1 Travailler dans le cadre des processus et des réglementations de planification existants, et définir des conditions d'un commun accord avec les communautés d'accueil et les autorités compétentes.
 - Installer tous les nouveaux hébergements suffisamment loin des menaces réelles ou potentielles, et minimiser les risques liés aux dangers existants.
 - Envisager la durée de vie attendue de l'hébergement afin de déterminer les services essentiels dont l'expansion ou le développement pourrait se révéler nécessaire.
- 2 Impliquer différentes parties prenantes, dont des groupes au sein des populations affectées, dans la sélection du site et la planification de l'hébergement.
 - Identifier les facteurs pouvant affecter le lieu ou la disposition du site en tenant compte du sexe, de l'âge, du handicap, de l'ethnie ou de l'identité linguistique, ainsi que les rôles et les responsabilités spécifiques aux hommes et femmes.
 - Dans les contextes urbains, travailler en adoptant une approche géographiquement définie, fondée sur la zone, afin de mieux comprendre les dynamiques de la communauté.
- 3 S'assurer que la population affectée a accès aux services et aux installations de base, y compris aux moyens d'existence.
 - Travailler avec d'autres secteurs pour définir une distance acceptable et un trajet sûr (ou des transports sûrs) pour atteindre les services et les installations essentiels.



- Se coordonner avec les fournisseurs de services pour établir les priorités et fournir les services essentiels et les moyens d'existence lorsque ceux-ci n'existent pas déjà.
- 4 Planifier l'utilisation des terrains afin de fournir un espace suffisant pour l'ensemble des fonctions, l'accessibilité à l'ensemble des abris et des services, et des mesures de sécurité appropriées à l'échelle de l'ensemble de l'habitat.
- Inclure la planification du partage des ressources telles que l'eau et les installations d'assainissement, les installations de cuisine communautaires, les espaces adaptés aux enfants, les zones de rassemblement, les besoins d'ordre religieux et les points de distribution de vivres.
 - S'assurer que l'emplacement des services essentiels au sein des hébergements respecte les standards en matière de sécurité, protection et dignité.
- 5 Inclure la planification du drainage des eaux pluviales et d'inondation dans la sélection du site et dans la conception de l'hébergement.
- Fournir des installations de drainage appropriées afin que les zones d'habitation et de services soient tenues à l'écart des eaux stagnantes et que les canalisations des eaux pluviales demeurent dégagées.
 - Anticiper et gérer les sites de reproduction des vecteurs de maladies.

Indicateurs clés

Part des abris et/ou hébergements situés dans des zones totalement (ou quasiment) dépourvues de menaces, risques et dangers naturels ou de source humaine

Part des abris et/ou d'hébergements disposant d'un accès sûr aux services essentiels dans un temps ou à une distance acceptable

Part des personnes bénéficiant d'une aide à l'hébergement qui se sentent en sécurité concernant l'emplacement de leur abri ou hébergement

Part des hébergements proposant une superficie utilisable suffisante pour réaliser des activités extérieures privées ou publiques adaptées en fonction du contexte

- 45 mètres carrés par personne dans les établissements de type camp, y compris les parcelles des familles ;
- 30 mètres carrés par personne, y compris les parcelles des familles, lorsque des services communautaires peuvent être fournis en dehors de la zone d'hébergement envisagée ;
- Le rapport minimal entre l'espace de vie couvert et la taille d'une parcelle est de 1:2 ; passer dès que possible à 1:3 ou plus.

Notes d'orientation

Processus et principes de planification : Les gouvernements ou les autorités locales adoptent souvent de nouvelles politiques concernant des zones non constructibles, les zones sûres ou les zones tampon, après une crise. Plaider pour une planification qui tienne compte des risques et des options d'aide appropriées. « Zone non constructible » ne signifie pas « zone de non-assistance », et sa présence ne devrait pas retarder les interventions en matière d'abris ou d'hébergement.

Comprendre la situation des terres et du bâti en termes de propriété ⊕ cf. *Standard 6 sur les abris et l'habitat : Sécurité de l'occupation.*

Communiquer avec les personnes affectées pour calculer et organiser l'espace, ainsi que pour soutenir les pratiques sociales et culturelles existantes. Inclure les femmes et des personnes d'autres groupes à risque dans la conception et la mise en œuvre de la planification des abris et des hébergements.

Les services et installations essentiels : Les personnes qui retournent à leurs foyers d'origine et celles qui habitent dans des emplacements ou des hébergements temporaires ont besoin d'un accès sûr, sécurisé et équitable aux services et aux installations essentiels, comme :

- installations WASH ⊕ cf. *les Standards en matière d'approvisionnement en eau WASH* ;
- les solutions d'éclairage communautaire et des foyers ;
- les installations de stockage et de transformation des aliments (y compris des poêles et du combustible) ⊕ cf. *Évaluation de la sécurité alimentaire et nutrition Standard 1.1 et Aide alimentaire Standard 6.4* ;
- les installations sanitaires ⊕ cf. *Système de santé Standard 1.1 : fourniture de service de santé* ;
- les installations d'élimination des déchets solides ⊕ cf. *Standards WASH Gestion des déchets solides* ;
- les écoles ⊕ cf. *manuel INEE* ;
- les installations sociales, comme les lieux de culte, les points de rencontre et les zones de loisirs ;
- les espaces culturellement adaptés à la célébration des funérailles et rites associés ;
- les espaces réservés au bétail (avec une séparation appropriée par rapport aux espaces d'habitation) ⊕ cf. *manuel LEGS*.

Planification du site pour les hébergements temporaires : La disposition du site devra se fonder sur les principes d'aménagement et de planification urbanistiques, avec des composantes de connexion, telles que les points d'accès, les intersections et les espaces publics. Ces composantes, informées par des facteurs physiques, sociaux, environnementaux et économiques, conformément le plan spatial du nouvel hébergement. La planification de l'hébergement doit soutenir les réseaux sociaux



existants, permettre que de nouveaux réseaux se forment, contribuer à la sécurité et à la sûreté, et favoriser l'auto-gestion par les personnes affectées.

Préserver la vie privée et la dignité des différentes familles lors de la conception de l'implantation des parcelles pour les hébergements temporaires. L'abri de chaque famille doit s'ouvrir sur l'espace commun ou sur une zone couverte, et non sur l'entrée d'un autre abri. Fournir des zones de vie sûres pour tout un chacun, et notamment pour les membres des groupes vulnérables, mais éviter le cloisonnement car ce dernier peut accroître leur vulnérabilité. Regrouper les familles, les familles élargies et les groupes avec antécédents similaires, afin de préserver les liens sociaux. Considérer les besoins, les préférences et les habitudes des différents groupes d'âges, de sexes et de handicaps.

Surface des hébergements planifiés ou des établissements informels : Pour les hébergements planifiés, la surface utile minimale est de 45 mètres carrés par personne, dans les établissements de type camp, y compris les parcelles des familles. Ceci comprend l'espace pour les routes et les chemins, les zones de cuisine extérieures ou les zones de cuisine communautaires, les zones d'enseignement ou de loisirs, les services de santé, l'assainissement, les coupe-feux, l'administration, le stockage de l'eau, le drainage du site, les installations religieuses, les zones de distribution des vivres, les marchés, les zones de stockage et les potagers limités aux familles individuelles (à l'exclusion des activités agricoles ou d'élevage de plus grande envergure). Lorsque des services communautaires peuvent être fournis par les installations existantes ou par des installations supplémentaires en dehors de l'hébergement planifié, la surface minimale devra être de 30 mètres carrés par personne. Si la surface minimale ne peut pas être fournie, il conviendra d'adopter activement des mesures pour faire face aux conséquences d'une densité d'occupation plus élevée. La planification de l'hébergement doit aussi tenir compte des changements affectant la population.

Lorsque l'on opère dans une zone urbaine, il faut utiliser les services et le parc d'habitations existants. Assurer une séparation et une intimité appropriées entre chaque foyer, et réserver de l'espace pour les installations nécessaires.

Taille de la parcelle pour les abris : Le ratio de taille conseillé pour un abri par rapport à celle du terrain est de 1:2 ou 1:3, de manière à laisser suffisamment d'espace pour les activités extérieures les plus importantes des familles. Néanmoins, un ratio plus proche de 1:4 ou 1:5 s'avère préférable. Le ratio doit tenir compte des règles culturelles et sociales, ainsi que de la disponibilité de l'espace en pratique.

Drainage des eaux pluviales et d'inondation : Un mauvais drainage des eaux pluviales ou d'inondation peut limiter sévèrement les espaces de vie des gens, ainsi que leur mobilité et leur accès aux services. En général, la sélection du site et le développement des infrastructures déterminent la nature des systèmes de drainage à grande échelle. Éviter de choisir un site situé sur une zone inondable qui pourrait compromettre la sécurité et la sûreté, notamment dans les espaces encombrés

ou confinés. Les eaux qui pénètrent et stagnent dans les environnements de vie, d'apprentissage et de travail constituent une menace générale pour la santé, la dignité et le bien-être des personnes.

Protéger les toilettes et les égouts des inondations afin d'éviter l'endommagement des structures et les fuites. La menace de santé publique principale associée à un mauvais drainage est l'augmentation de l'exposition aux maladies diarrhéiques due au contact avec les eaux polluées.

Les eaux incontrôlées peuvent aussi endommager d'autres infrastructures, les habitations et les effets personnels, ainsi que restreindre l'accès aux moyens d'existence et devenir une source de stress. Un mauvais drainage est aussi propice à la reproduction de vecteurs de maladies ⊕ cf. *Standards de contrôle des vecteurs WASH 4.1 et 4.2.*

Accès : Considérer l'état des routes locales et la proximité des plateformes de transport pour la fourniture de l'aide d'urgence et d'autres biens. La fourniture de l'aide d'urgence doit éviter d'endommager l'infrastructure routière locale. Considérer la nature saisonnière des contraintes, dangers et risques sécuritaires. Le site, ainsi que tous les points principaux de stockage et de distribution de vivres, doivent être accessibles pour les poids-lourds qui empruntent des routes praticables par tous les temps. Le reste des installations doivent être accessibles pour les véhicules légers. Fournir des routes et des chemins sûrs et sécurisés au sein des hébergements, ainsi qu'un accès par tous les temps aux habitations individuelles et aux installations communautaires. Considérer les besoins des personnes confrontées à des difficultés de mobilité ou d'accès.

Sécurité anti-incendie : La planification du site doit comprendre une évaluation des risques d'incendie. Prévoir des coupe-feux de 30 mètres tous les 300 mètres dans les zones construites dans les camps. L'espace entre les constructions doit être d'au moins 2 mètres. Dans l'idéal, il devrait être égal au double de la hauteur de la construction, afin d'éviter que les structures qui s'effondrent ne touchent les constructions adjacentes.

Considérer les pratiques de cuisine et de chauffage locales (comme le type de poêles et les emplacements préférés). Considérer la fourniture de poêles sûrs, d'équipements de sécurité anti-incendie et la sensibilisation des résidents. Privilégier les matériaux de construction et les articles ménagers résistant au feu. Informer les résidents (y compris ceux confrontés à des difficultés de mobilité ou d'accessibilité) de la prévention, de la gestion et des plans d'évacuation anti-incendie.

Faire reculer la délinquance : La conception de l'hébergement peut contribuer à faire reculer la délinquance et les violences sexistes. Considérer l'emplacement et l'accessibilité des abris, des constructions et des installations, l'éclairage nocturne, la distance entre les toilettes et les zones de bain par rapport aux abris, ou la surveillance passive par le biais de lignes visuelles. Les constructions utilisées à des fins collectives doivent disposer de voies d'évacuation alternatives.



Évolution des menaces et des risques : Réaliser des évaluations régulières du contexte, des dangers et des risques, au fur et à mesure que la situation change. Il peut s'agir de dangers saisonniers, de modifications de la situation en termes de sécurité, d'un obus non explosé sur le site de conflits anciens ou actuels, ou encore de conséquences dues à l'évolution démographique.

Sécurité des centres collectifs et des infrastructures communautaires : Les spécialistes techniques doivent évaluer la stabilité structurelle des immeubles communautaires, des centres collectifs et autres structures situés dans des zones inhabitées affectées par les crises. Considérer la sécurité ou les menaces sanitaires actuelles ou potentielles.

Soutien à la production des moyens d'existence : Considérer les activités économiques antérieures à la catastrophe et les possibilités de production de moyens d'existence dans le contexte après-catastrophe. Identifier des terres de cultures et de pâturages disponibles, ou l'accès aux marchés et/ou aux opportunités d'emploi. Les interventions en matière d'abris et d'habitat renforcent le potentiel d'offrir des emplois locaux, par exemple dans l'assistance technique, l'approvisionnement et le marché du travail. Utiliser des programmes de formation et d'éducation pour renforcer les capacités locales et enregistrer les résultats dans un délai prédéfini ⊕ cf. *Standard 5 sur les abris et l'habitat* et *Sécurité alimentaire et nutrition - Moyens d'existence Standards 7.1 et 7.2*.

Exploitation et entretien : Définir un plan d'exploitation et d'entretien pour assurer le bon fonctionnement de l'ensemble des installations, services généraux et services publics (eau, assainissement, drainage, gestion des déchets, écoles). Parmi les éléments clés dudit plan, on peut citer la participation de la communauté, la création de groupes d'utilisateurs, la définition des rôles et des responsabilités et l'adoption d'un plan de récupération des coûts ou de répartition des coûts.

Démantèlement des sites et transfert : Des mesures de réhabilitation environnementale appropriées peuvent améliorer la régénération naturelle de l'environnement au sein et autour des hébergements temporaires. Les sites doivent disposer d'un plan de démantèlement et celui-ci devrait dans l'idéal être élaboré lors de la conception de l'intervention ⊕ cf. *Standard 7 sur les abris et l'habitat : pérennité environnementale*.

L'enseignement aux populations locales des techniques de gestion durable des terres assure la récupération du site et de l'environnement local. Faire appel à la main-d'œuvre locale pour la réalisation des activités de nettoyage et de démantèlement, si possible.

3. Espace de vie

L'espace de vie est très important pour le bien-être des personnes. Il s'agit d'un besoin humain de base et d'un droit que de disposer d'un lieu de vie en famille, de se sentir en sécurité et de réaliser toute une série d'activités domestiques essentielles.

Standard 3 sur les abris et l'habitat : Espace de vie

Les personnes ont accès à des espaces de vie sûrs et appropriés, rendant possible la réalisation dans la dignité d'activités ménagères et de subsistance essentielles.

Actions clés

- 1 S'assurer que chaque famille affectée dispose d'un espace de vie approprié pour réaliser des activités domestiques de base.
 - Fournir un espace de vie adapté aux différents besoins des membres de la famille pour dormir, préparer les repas et se restaurer, dans le respect de la culture et du mode vie locaux.
 - Fournir un toit et des murs de base pour les occupants, ainsi que les ustensiles ménagers, qui assurent la sécurité physique, la dignité, l'intimité des personnes et leur protection contre les intempéries.
 - Fournir des conditions d'éclairage, de ventilation et de confort thermique optimales.
- 2 S'assurer que l'espace qui entoure immédiatement l'espace de vie permette un accès sûr aux activités fondamentales.
 - Inclure des zones appropriées pour la cuisine, les toilettes, la lessive, l'hygiène corporelle, la réalisation d'activités de subsistance, de socialisation et de jeu.
- 3 Promouvoir le recours à des solutions d'hébergement, à des techniques de construction et à des matériaux culturellement et socialement acceptables, et durables sur le plan environnemental.



Indicateurs clés

Part de la population affectée disposant d'un espace de vie approprié à l'intérieur ou immédiatement autour des abris pour réaliser leurs activités quotidiennes

- Au minimum 3,5 mètres carrés d'espace de vie par personne, à l'exclusion de l'espace de cuisine, des zones de bain et des installations sanitaires.

- Entre 4,5 et 5,5 mètres carrés d'espace de vie par personne dans les climats froids ou les sites urbains, y compris les espaces de cuisine et de bain et/ou les installations sanitaires.
- Hauteur interne du plancher au plafond d'au moins 2 mètres (2,6 mètres dans les climats chauds) au point le plus haut.

Part des abris conformes aux normes techniques et de performance convenues et qui s'avèrent culturellement acceptables

Part des personnes bénéficiant d'une aide au logement qui se sentent en sécurité dans ce logement

Notes d'orientation

Espace de vie : L'espace de vie doit être approprié pour la réalisation d'activités quotidiennes telles que dormir, faire la cuisine et se restaurer, se laver, s'habiller, stocker des vivres et de l'eau, et protéger les possessions de la famille et autres éléments essentiels. Il doit préserver l'intimité et une séparation entre les sexes, les différents groupes d'âge et les familles au sein d'un foyer donné dans le respect des normes culturelles et sociales ⊕ cf. *Standard 2 sur les abris et l'habitat : Lieu et planification de l'hébergement.*

Considérer un espace de vie permettant le rassemblement des membres de la famille, la prise en charge des nourrissons, des enfants et des personnes malades ou blessées. Accorder attention au changement d'utilisation de l'espace le jour et la nuit, et planifier des emplacements pour les fenêtres, les portes et les séparations, afin de maximiser l'utilisation de l'espace interne et de toutes les zones extérieures adjacentes, comme les cuisines ou les zones de jeu.

Pour accueillir ces activités dans des conditions de dignité, les abris doivent disposer d'un espace fermé (murs, fenêtres, portes et toit), avec une surface de plancher appropriée. La surpopulation ou l'exposition aux éléments naturels augmente le risque d'épidémie ou de maladie. Un espace réduit peut déboucher sur des risques de protection, ainsi que sur une sécurité et une intimité moindres.

L'espace de vie minimum doit refléter les normes culturelles et sociales, le contexte, la phase de l'intervention et les orientations fournies par les autorités nationales ou par le secteur des interventions humanitaires. Considérer avec soin les conséquences potentielles de l'adoption de l'espace minimum calculé (3,5 mètres carrés par personne, 4,5 mètres carrés dans les climats froids) et décider d'un commun accord toute adaptation avec les partenaires, passant rapidement au minimum aussi rapidement que possible pour tout le monde.

Lorsqu'il s'avère nécessaire d'agir rapidement pour sauver des vies, envisager une aide initiale pour :

- construire un toit pour l'espace de vie minimum et poursuivre avec la fourniture d'une aide pour les murs, les portes et les fenêtres ; ou

- construire un abri avec une zone de toit plus petite et poursuivre avec son élargissement.

Dans certaines situations, l'espace standard peut être dicté par des contraintes physiques. Il peut s'agir d'un établissement confiné, d'un site urbain dense ou de conditions climatiques extrêmes, dans lesquelles les matériaux pour la construction d'un abri ne sont pas aisément disponibles. L'espace minimum indiqué est à utiliser lors de la phase d'urgence, ainsi que pour les solutions d'hébergement temporaires ou de transition. Lorsque la durée du séjour se prolonge, les calculs afférents à l'espace habitable doivent être revus. Lors de la phase de récupération, les normes locales acceptables et les stratégies de sortie doivent être prises en considération.

Impliquer les communautés et les familles affectées autant que possible dans la détermination du type d'aide à fournir. Consulter les personnes qui passent le plus de temps dans l'espace de vie couvert, ainsi que les personnes qui rencontrent des difficultés de mobilité ou d'accès. S'assurer de l'accessibilité de l'espace de vie pour les personnes handicapées, ainsi que pour celles qui vivent avec elles. Les personnes handicapées, notamment celles qui sont atteintes d'un handicap intellectuel et psychosocial, peuvent avoir besoin de plus d'espace.

Les pratiques culturelles, la sécurité et l'intimité : Respecter les pratiques et les coutumes existantes, ainsi que la façon dont elles affectent la nécessité de sous-divisions internes (rideaux, murs). Ainsi, par exemple, il faut concevoir l'habitation de manière à ce qu'elle puisse accueillir une famille nombreuse ou plusieurs familles au sein du même foyer.

Dans les logements collectifs, des voies d'accès au sein de l'espace de vie bien conçues et éclairées, avec des séparations pour occulter l'espace personnel de chaque famille, peuvent apporter intimité et sécurité.

Dans les logements collectifs, faire en sorte que les groupes de pairs puissent partager l'espace. Ainsi, par exemple, certaines personnes LGBTQI préfèrent vivre avec des amis et des pairs plutôt qu'avec leurs propres familles.

Protection : S'assurer que le logement comporte des voies de sortie multiples et que les espaces intérieurs s'ouvrent sur des zones publiques. S'assurer que le personnel sache comment signaler toute préoccupation en matière de protection contre la maltraitance ou les abus domestiques, les violences, l'exploitation ou le délaissement des enfants. Les femmes, les filles et les personnes qui ont besoin d'aide pour assurer leur hygiène personnelle requièrent souvent un espace de vie supplémentaire ⊕ cf. *WASH Hygiène Standard 1.3 : La gestion de l'hygiène menstruelle et de l'incontinence.*

En cas de recours à des logements collectifs temporaires, prendre des mesures spécifiques pour éviter l'exploitation sexuelle et les violences sexuelles. Travailler avec les membres de la communauté pour comprendre les risques et y remédier,



et mettre en place un système solide de réclamations assorti d'actions immédiates et vérifiables.

Considérations psychosociales : L'aménagement et la conception des habitations doivent prévoir des espaces de vie ouverts et publics encourageant la socialisation.

Dans les climats chauds et humides, concevoir et orienter les abris de façon à maximiser la ventilation et à minimiser l'entrée directe de la lumière solaire. Un haut plafond favorise la circulation de l'air. Un espace extérieur annexe couvert contribue à réduire l'entrée directe des rayons solaires et à protéger les habitants de la pluie. Considérer le recours à un espace extérieur ombragé ou couvert pour la préparation des repas et la cuisine, avec un espace séparé pour d'autres activités de vie. Le toit doit être incliné pour permettre le drainage des eaux pluviales, avec des grands débords, sauf dans les lieux exposés aux vents forts. Les matériaux de construction de l'abri doivent être légers, avec une capacité thermique faible, comme le bois. Utiliser des planchers surélevés afin d'éviter l'entrée des eaux dans l'espace de vie couvert ⊕ cf. *Standard 2 sur les abris et l'habitat 2 : Lieu et planification de l'hébergement.*

Dans les climats chauds et secs, les matériaux de construction lourds (en terre ou en pierre, par exemple) assurent le confort thermique en dépit des écarts de température entre le jour et la nuit. À titre alternatif, utiliser une construction légère avec une isolation appropriée. Prêter attention à la conception structurelle des constructions lourdes dans les zones à risque sismique. Fournir des lieux ombragés et ventilés en fonction des nécessités et des possibilités. Si l'on ne dispose que de bâches en plastique ou de tentes, fournir un toit à double couche, avec une ventilation entre les couches, afin de réduire le gain de chaleur radiante. Placer les ouvertures de porte et de fenêtres sur le côté opposé de celui qui reçoit le vent chaud dominant. La jonction entre le plancher interne et les murs extérieurs ne doit présenter aucune brèche, ceci afin d'éviter l'entrée de la poussière et des vecteurs de maladie.

Dans les climats froids, un plafond plus bas s'avère préférable afin de minimiser le volume interne à chauffer. Les abris occupés pendant toute la journée nécessitent une construction lourde avec une capacité thermique élevée. Pour les abris occupés uniquement la nuit, une construction légère avec une capacité thermique faible et une isolation importante s'avère plus appropriée. Minimiser les courants d'air, notamment autour des ouvertures de porte et de fenêtres, afin d'assurer le confort personnel tout en apportant une ventilation appropriée pour les appareils de chauffage ou les poêles.

Une ventilation appropriée contribue au maintien d'un environnement interne sain, évite la condensation et réduit la transmission des maladies contagieuses. Elle réduit aussi l'effet de la fumée en provenance des poêles internes, susceptible de causer des infections respiratoires et des problèmes oculaires. Considérer la ventilation naturelle, si possible.

Contrôle des vecteurs pathogènes : Les zones de basse terre, les débris et les immeubles vides peuvent constituer des bouillons de culture pour les vecteurs pathogènes et donc entraîner des risques de santé publique. Pour les établissements communautaires, la sélection du site et l'atténuation active des risques de vecteurs pathogènes s'avèrent essentielles pour réduire l'impact des maladies transmises par les vecteurs ⊕ cf. *WASH Lutte antivectorielle Standard 4.2 : Actions individuelles et au niveau du foyer pour lutter contre les vecteurs.*



4. Les articles ménagers

L'aide en matière d'articles ménagers contribue à la restauration et au maintien de la santé et de la dignité, de la sécurité, ainsi qu'à la réalisation des activités domestiques quotidiennes, au sein du domicile et autour de ce dernier. Ce standard porte sur les articles nécessaires pour dormir, préparer les repas et stocker les aliments, se restaurer et boire, ainsi que pour le confort thermique, l'éclairage et l'habillement. Le chapitre WASH fournit des précisions supplémentaires sur des articles tels que les moustiquaires, les seaux, le stockage de l'eau et les articles d'hygiène.

Standard 4 sur les abris et l'habitat : Les articles ménagers

L'aide en matière d'articles ménagers contribue à la restauration et au maintien de la santé et de la dignité, de la sécurité, ainsi qu'à la réalisation des activités domestiques quotidiennes, au sein du domicile et autour de ce dernier.

Actions clés

- 1 Évaluer et assurer l'accès aux articles qui permettent aux familles de restaurer et de maintenir leurs activités domestiques essentielles.
 - Considérer les différents besoins, en fonction de l'âge, du sexe, du handicap, des pratiques sociales et culturelles et de la taille de la famille.
 - Accorder la priorité à l'accès à des articles nécessaires pour les activités domestiques, l'habillement, l'hygiène personnelle et le maintien de la sécurité et de la santé.
- 2 Définir les modalités permettant de fournir une aide efficace et appropriée en matière d'articles ménagers.
 - Considérer ce qui peut être obtenu localement par le biais de la remise d'espèces ou de coupons, ainsi que l'approvisionnement local, régional ou international en vue d'une distribution en nature.
 - Considérer les problèmes environnementaux afférents à la façon dont les articles sont emballés ou livrés.
- 3 Suivre la disponibilité, la qualité et l'utilisation des articles ménagers, et adapter en fonction des besoins.
 - Planifier le ravitaillement en cas de déplacement prolongé.
 - Suivre les marchés choisis en termes de disponibilité, prix et qualité. Adapter les modalités de fourniture de l'assistance en fonction de l'évolution de la situation.

Indicateurs clés

Les personnes disposent de vêtements de qualité et appropriés en quantité suffisante

- Au moins deux ensembles de vêtements par personne, de la bonne taille et appropriés par rapport à la culture, à la saison et au climat, et adaptés aux besoins particuliers éventuels.

Les gens disposent d'une quantité suffisante d'articles de couchage appropriés et de qualité pour dormir en toute sécurité, dans des conditions saines et dans l'intimité

- Au moins une couverture et un couchage (sommier, matelas, draps) par personne. Des couvertures/une isolation du plancher supplémentaire(s) s'avère(nt) nécessaire(s) dans les climats froids.
- Des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, si nécessaire.

Les personnes disposent d'un nombre suffisant d'articles appropriés pour préparer, manger et stocker les aliments

- Par famille ou groupe de 4-5 personnes : deux marmites de taille familiale avec des poignées et des couvercles, un récipient pour la préparation des aliments ou le service, un couteau de cuisine et deux cuillères de service.
- Par personne : une assiette, un ensemble de couverts et un récipient pour boire.

Pourcentage des membres de la population affectée qui ont accès à un approvisionnement énergétique suffisant, sûr et abordable pour maintenir le confort thermique, préparer les aliments et s'éclairer

Nombre d'incidents ayant entraîné des blessures physiques dues à l'utilisation de poêles, au stockage de combustible ou à l'approvisionnement en combustible

- Définir un référentiel et mesurer les progrès jusqu'à 0.

Notes d'orientation

Les articles ménagers essentiels doivent être disponibles en quantité et en qualité suffisante pour :

- dormir, assurer le confort thermique et s'habiller ;
- stocker l'eau, préparer et stocker les aliments, manger et boire ;
- s'éclairer ;
- cuisiner, faire bouillir de l'eau et se chauffer, y compris le carburant ou l'électricité ⊕ cf. *Sécurité alimentaire et nutrition Standard 5 : sécurité alimentaire générale* ;
- ainsi que les articles d'hygiène, y compris les articles pour l'hygiène menstruelle ou l'incontinence ⊕ cf. *Standards WASH 1.2 et 1.3* ;



- les articles de protection des vecteurs pathogènes, comme, par exemple, les moustiquaires ⊕ cf. *WASH Standard sur la lutte antivectorielle 4.2*; et
- les articles pour la sécurité anti-incendie et antifumée.

Sélection des articles ménagers appropriés : Les articles ménagers doivent être fournis dans le cadre d'un plan d'ensemble. Lors de la spécification du type, de la quantité et de la qualité des articles, accorder la priorité aux articles vitaux. Considérer :

- les activités quotidiennes essentielles au niveau de la personne, de la famille et de la communauté ;
- les normes culturelles, la pertinence et les traditions ;
- la sécurité et la facilité d'utilisation (avec un minimum d'instructions ou d'assistance technique supplémentaire) ;
- la durabilité, le rythme de consommation et la nécessité de ravitaillement ;
- les conditions de vie existantes et les aménagements ;
- la disponibilité sur le plan local ;
- les besoins particuliers en fonction des catégories dans la population affectée, y compris les femmes, les filles, les hommes, les garçons, les nourrissons, les personnes âgées, les personnes handicapées et autres personnes et groupes vulnérables ; et
- l'incidence sur l'environnement des articles choisis ⊕ cf. *Standard 7 sur les abris et l'habitat : pérennité environnementale*.

Sécurité : Tous les articles en plastique doivent être de qualité alimentaire. Tous les articles en métal doivent être en acier inoxydable ou émaillés.

Assurer une séparation sûre entre le poêle et les éléments de l'abri. Placer les poêles internes sur un socle non-inflammable. Installer une gaine non-inflammable autour du conduit si ce dernier traverse l'abri jusqu'à l'extérieur. Placer les poêles à distance des entrées, de façon à permettre un accès sûr lors de leur utilisation. Le combustible doit être stocké à une distance sûre du poêle, et tout combustible liquide, comme le kérosène, devra être tenu hors de la portée des enfants et des nourrissons.

Le confort thermique signifie que les personnes ont assez chaud, ou sont assez au frais, qu'ils sont couverts et au sec. Les vêtements, les couvertures et les couchages apportent un confort personnel. Les matelas de sol et les chauffages et ventilateurs créeront des conditions de vie adaptées. Toutes les mesures possibles devront être adoptées au niveau individuel et de la famille pour éviter l'hypothermie ou les coups de chaleur.

Approvisionnement en combustible et en énergie abordable pour les familles : Des sources de combustible et autres types d'énergie s'avèrent nécessaires pour éclairer, cuisiner, assurer le confort thermique et communiquer. Se procurer et payer le combustible ou l'énergie constitue un coût récurrent qui doit être planifié en conséquence. Promouvoir des pratiques de cuisine économes en énergie,

y compris l'utilisation de poêles économes en combustible, la préparation du bois à brûler, la gestion du feu, les techniques de préparation des aliments et la cuisine partagée. Consulter les personnes affectées par la crise et la communauté d'accueil concernant l'emplacement du combustible et les moyens de se le procurer, afin d'aborder les questions afférentes à la sécurité personnelle et à la pérennité environnementale.

L'éclairage artificiel doit être fourni dans la mesure nécessaire, pour contribuer à la sécurité personnelle dans les établissements et alentour, lorsque l'éclairage général n'est pas disponible. Outre les allumettes et les bougies, considérer l'utilisation d'un éclairage artificiel économe en énergie, comme les diodes électroluminescentes (LED) et les panneaux solaires.

Programmation fondée sur le marché pour les articles ménagers : L'évaluation du marché pour les articles ménagers doit faire partie intégrante d'une évaluation du système du marché plus générale. L'approvisionnement en articles ménagers doit soutenir les marchés locaux, si possible. Analyser les dépenses sur ces articles en tant que partie intégrante de la structure générale des dépenses des familles. Suivre ces dépenses dans le temps, pour les adapter et les ajuster en conséquence ⊕ cf. Fournir l'aide par le biais des marchés.

Distribution : Planifier des méthodes de distribution efficaces et équitables, en consultation avec les autorités locales et les personnes affectées. S'assurer que les personnes ou les familles vulnérables soient incluses dans les listes de distribution, et qu'elles puissent accéder aussi bien aux informations sur la distribution qu'à cette dernière à proprement parler. Les sites de distribution doivent être choisis avec soin en tenant compte de la distance à pied, du terrain et de la possibilité de transporter les articles plus grands, comme les éléments de construction des abris. Envisager l'inclusion de conteneurs pour le stockage et le transport des articles personnels ou ménagers.

Suivi après la distribution : Évaluer la pertinence aussi bien du processus de distribution que des articles ménagers distribués. Si les articles ne sont pas utilisés, ou s'ils sont vendus sur le marché ou s'il faut attendre pour y accéder, adapter le processus ou les produits. Garder à l'esprit que les besoins changeront au fil du temps, et que les programmes doivent s'adapter à ces changements.



5. Assistance technique

L'assistance technique fait partie intégrante des interventions en matière d'abris et d'hébergement. Elle contribue à l'auto-récupération des personnes affectées et améliore la qualité et la sécurité de leurs abris et de l'habitat. Il s'avère essentiel que les familles ou les communautés affectées soient activement impliquées dans le choix de leur logement, la conception des abris, l'aménagement du site, le choix des matériaux et dans la supervision ou la réalisation des travaux pour les abris et autres bâtiments.

Standard 5 sur les abris et l'habitat : Assistance technique

Les personnes ont accès à une assistance technique appropriée en temps et en heure.

Actions clés

- 1 Comprendre la planification et les pratiques de construction d'avant-crise, ainsi que les matériaux, les expertises et les capacités disponibles.
 - Consulter les personnes affectées, les professionnels de la construction locaux et les autorités locales pour décider d'un commun accord des pratiques et des matériaux de construction, ainsi que pour et trouver l'expertise requise pour l'assurance qualité.
- 2 Impliquer et soutenir dans le processus de construction les personnes affectées, le gouvernement local et les professionnels locaux.
 - Respecter les codes d'aménagement et de construction applicables, les spécifications quant aux matériaux et les normes de qualité, au regard de la durée envisagée de l'intervention en matière d'abris, d'habitation et de foyers.
 - Optimiser les pratiques de construction et l'accès aux moyens d'existence locaux.
- 3 Promouvoir des pratiques de construction plus sûres pour répondre aux besoins en termes d'abris et réduire les risques futurs.
 - Pour ce qui est des habitations ou des abris endommagé(e)s ou détruit(e)s, identifier les risques et les dangers structurels, les raisons de la défaillance ou ce qui pourrait ne pas bien fonctionner à l'avenir.
 - Apprendre des pratiques et des techniques de construction locales, les améliorer et innover, si possible ; faciliter un transfert des connaissances effectif pour promouvoir des pratiques de construction appropriées.

- 4 S'assurer que les personnes ont accès à une assistance technique appropriée.
- Considérer la nécessité de faire appel à des expertises professionnelles spécialisées, comment adhérer aux codes et aux normes de construction et comment renforcer les capacités techniques parmi les membres de la population affectée.
 - Prêter attention aux personnes présentant une capacité, une aptitude ou des possibilités réduites pour entreprendre des constructions d'une façon sûre et techniquement saine, ou négocier l'occupation d'un immeuble existant sûr et techniquement sain.
- 5 Mettre en place une gestion appropriée des matériaux, des finances, de la main-d'œuvre, de l'assistance technique et des processus d'obtention des autorisations réglementaires nécessaires pour garantir des résultats de qualité.
- Suivre des processus de gestion et des codes de conduite appropriés en matière d'appels d'offres, d'adjudication, de contrats et de construction.
 - Encourager le recours aux technologies, aux outils et aux matériaux localement disponibles et familiers, et embaucher de la main-d'œuvre locale pour l'entretien et l'amélioration des abris.

Indicateurs clés

Pourcentage des programmes dans le cadre desquels les autorités locales sont impliquées dans la définition des normes de construction et dans le suivi des activités de construction

Pourcentage des activités de construction affichant une implication active de la population affectée

Pourcentage des abris construits, réparés, rénovés, remis aux normes ou entretenus dans le respect des pratiques de construction sûres convenues pour le contexte et les dangers spécifiques

Pourcentage des familles qui indiquent disposer d'une assistance technique et d'orientations appropriées

Notes d'orientation

Participation et contribution des personnes affectées : La participation aux activités afférentes aux abris et à la construction doit être compatible avec les pratiques locales existantes. Les programmes de formation et d'apprentissage peuvent optimiser les opportunités de participation de l'ensemble des personnes affectées (les personnes directement affectées et la communauté d'accueil) pendant les travaux de construction. Donner l'occasion de participer aux femmes et aux personnes handicapées. Les personnes les moins aptes pour réaliser des



tâches physiques peuvent contribuer à des activités telles que le suivi sur le site, le contrôle des stocks, l'assistance administrative, la garde des enfants ou la préparation des repas pour ceux et celles qui participent aux travaux de construction. Garder à l'esprit que les personnes affectées peuvent avoir d'autres contraintes temporelles contradictoires. Des équipes d'ouvriers communautaires bénévoles ou de la main-d'œuvre embauchée peuvent contribuer aux efforts de construction des familles individuelles, notamment de celles dont le chef est une femme, un enfant, une personne âgée ou une personne handicapée. Cette assistance s'avère importante car ces groupes peuvent être confrontés à des risques d'exploitation sexuelle en cas de demande d'une aide à la construction.

Faire contribuer les jeunes aux activités de construction : Faire partie du projet de construction peut apporter aux jeunes des compétences précieuses, ainsi que de la confiance, de l'estime de soi et un lien avec la communauté.

S'assurer que les enfants n'ayant pas atteint l'âge minimum pour travailler ne participent pas à la construction des abris ou à des programmes de construction d'abris en échange d'espèces. Les enfants âgés d'entre l'âge minimum pour travailler (en général, 14 ou 15 ans) et 18 ans doivent participer selon des modalités appropriées par rapport à leur âge et à leur niveau de développement. S'assurer que leur participation se conforme à la législation nationale en vigueur. Adopter des mesures pour s'assurer du respect des normes internationales et du droit du travail national, afin d'éviter le travail dangereux et le travail des enfants qui ne sont pas en âge de travailler. Tout soupçon de difficultés ou toutes questions concernant le travail des enfants devront être portées à la connaissance des spécialistes de la protection de l'enfance ou des services sociaux ⊕ cf. *manuel CPMS*.

Expertise professionnelle : Fournir des conseils sur diverses questions telles que l'aménagement de l'espace, les techniques de construction locales, l'évaluation des dommages, la démolition et l'enlèvement des débris, la construction, la gestion du site, l'évaluation du parc immobilier existant et la sécurité de l'occupation foncière. Ces conseils peuvent permettre d'assurer que les abris respectent les normes établies. Une connaissance des marchés des matériaux et du travail se révélera également utile, ainsi qu'une assistance juridique et administrative ⊕ cf. *Standard 6 sur les abris et l'habitat : Sécurité de l'occupation*.

- **Respect des codes de construction :** Se renseigner pour savoir si les codes de construction nationaux sont généralement respectés ou appliqués. Dans la négative, plaider pour leur utilisation et leur respect. Ces codes doivent refléter la culture locale en matière d'habitation, les conditions climatiques, les ressources, les capacités en matière de construction et d'entretien, l'accessibilité et le caractère abordable. S'assurer que les programmes d'abris permettent aux familles de respecter ou d'atteindre progressivement les codes et les normes convenus, notamment dans le cadre des programmes faisant appel à des aides en espèces pour répondre aux besoins en matière d'abris. Lorsque les normes font défaut,

définir des normes minimales en coopération avec les autorités locales et les parties prenantes pertinentes (y compris, si possible, les personnes affectées), afin de s'assurer de satisfaire aux exigences de sécurité et de performance.

- **Renforcer les capacités techniques** : Renforcer les capacités de la communauté en contribuant à la formation et à la sensibilisation parmi les populations affectées, les autorités locales, les professionnels locaux de la construction, les ouvriers qualifiés et non qualifiés, les propriétaires immobiliers, les experts juridiques et les partenaires locaux.

Dans les lieux exposés aux crises saisonnières ou cycliques, impliquer des spécialistes techniques et des experts locaux jouissant d'une expérience concernant les solutions ou les bonnes pratiques locales appropriées. Ces personnes pourront informer la conception et les pratiques de construction, et aider à développer des solutions améliorées.

Approvisionnement des matériaux : Lorsque des matériaux de construction appropriés peuvent être fournis rapidement, la population affectée peut construire elle-même les abris. Ces solutions d'hébergement peuvent être constituées par des éléments autonomes ou par un kit prédéfini, avec des outils de construction appropriés. Le choix des matériaux doit être guidé par une évaluation et une analyse rapides du marché, ainsi qu'une étude des impacts sur l'environnement.

L'approvisionnement local des matériaux peut affecter l'économie, la main-d'œuvre ou l'environnement naturel locale/locaux. Dans certaines situations, des matériaux d'une qualité appropriée peuvent ne pas être disponibles localement. Dans ces situations, utiliser des matériaux ou des processus de production alternatifs, ou des systèmes d'abris commerciaux, mais considérer l'impact de l'utilisation des matériaux inconnus de la culture locale. Éviter les matériaux issus de l'exploitation des travailleurs locaux et des enfants.

Bâtiments publics sûrs : Construire ou réparer les bâtiments publics temporaires et permanents, comme les écoles et les centres de santé, afin qu'ils ne représentent pas un risque de santé publique et qu'ils soient résilients aux catastrophes. Ces installations doivent respecter les normes de construction et les procédures d'autorisation. Assurer la sécurité et l'accès pour tous, y compris les personnes présentant des difficultés pour se déplacer et communiquer (si possible, se coordonner avec les organisations qui représentent les personnes handicapées). Consulter les autorités compétentes pour réparer et construire lesdits bâtiments. Définir une stratégie de fonctionnement et d'entretien abordable sur le plan financier.

Approvisionnement et gestion de la construction : Définir un calendrier de construction incluant des jalons clés, tels que les dates de démarrage et d'achèvement de la construction, ainsi que les dates et la durée de la réinstallation des personnes déplacées. Ceci s'applique, que la construction soit gérée par le propriétaire ou par un sous-traitant. Le calendrier devra tenir compte de la date de début prévue des contraintes climatiques saisonnières, et comporter un plan de secours concernant



les évènements imprévus. Mettre en place un système de gestion et de suivi de la construction concernant les matériaux, la main-d'œuvre et la supervision du site. Ce système doit aborder les fournitures, l'approvisionnement, le transport, la manutention et l'administration tout le long du processus.

Faire appel à la main-d'œuvre locale autant que possible, afin de renforcer leurs compétences et d'offrir des moyens d'existence aux personnes affectées. Faire appel à des professionnels spécialisés (comme des ingénieurs, des architectes, des concepteurs urbains, des conducteurs de travaux ou des avocats) pour effectuer des tâches spécifiques.

S'assurer que les préoccupations environnementales soient prises en compte. Promouvoir la réutilisation socialement acceptable des matériaux récupérés, lorsque les droits concernant lesdits matériaux et leur qualité peuvent être confirmés ⊕ cf. *Standard 7 sur les abris et l'habitat : Pérennité environnementale.*

Rénovation et entretien : Les interventions initiales en matière d'abris ne fournissent, en général, qu'un degré minimum d'espace de vie couvert ou fermé. Néanmoins, les méthodes et les matériaux de construction initiaux doivent permettre aux familles d'entretenir, adapter ou rénover leur abri, afin de satisfaire à leurs besoins sur le long terme. Les adaptations doivent pouvoir être réalisées en toute sécurité, utilisant des outils et des matériaux localement disponibles, familiers et économiquement abordables, si possible.

Les outils communautaires : Établir des procédures indiquant les modalités d'utilisation, d'entretien et de stockage sûr des outils et des matériaux communautaires ou à usage partagé.

6. Sécurité de l'occupation foncière

La sécurité de l'occupation foncière signifie que les personnes peuvent vivre dans leurs habitations sans craindre l'expulsion forcée, aussi bien dans le cadre des situations d'hébergement communautaire que dans les établissements informels, les communautés d'accueil ou après leur retour. Il s'agit de la base du droit à un logement décent et de bien d'autres droits humains. Dans un contexte humanitaire, une approche graduelle (ou étape par étape) peut s'avérer la plus appropriée. Cette approche reconnaît que les personnes déplacées peuvent être aidées pour améliorer leurs conditions de vie dans différents types de logements. Elle ne signifie pas d'accorder la priorité aux propriétaires pour l'aide et elle n'implique pas forcément une permanence ou un titre de propriété. Les acteurs du domaine des abris œuvrent à une meilleure compréhension de ce qui est « suffisamment sûr » dans le but d'élaborer différents abris adaptés aux personnes les plus vulnérables et dont le droit d'occupation foncière est le plus incertain. Pour en savoir plus sur les vérifications préalables (due diligence) et la notion de « suffisamment sûr »,

⊕ cf. *Références : Payne et Durand-Lasserve (2012)*.

Standard 6 sur les abris et l'habitat : Sécurité de l'occupation foncière

Les populations affectées jouissent d'une sécurité de l'occupation pour ce qui est des options afférentes aux abris et à l'habitat.

Actions clés

- 1 Procéder à des vérifications préalables dans le cadre de la conception du programme et de sa mise en œuvre.
 - Atteindre autant de sécurité juridique que possible concernant le régime foncier (approche du « suffisamment sûr »), au vu du contexte et des contraintes.
 - Se coordonner et travailler avec les autorités, les professionnels du droit et les forums inter-agences locaux.
- 2 Comprendre le cadre juridique et la réalité sur le terrain.
 - Cartographier les systèmes et les dispositifs en matière d'occupation foncière pour les différents scénarios après-crise en matière d'abris et d'habitat ; identifier la façon dont ils affectent les groupes les plus exposés au risque.
 - Travailler avec les autorités locales pour comprendre quelle réglementation sera appliquée et celle qui ne le sera pas, ainsi que les calendriers y afférents.



- Comprendre comment les relations en matière foncière sont gérées et les différends résolus, et comment ces pratiques pourraient avoir évolué depuis le déclenchement de la crise.
- 3 Comprendre comment les systèmes, les dispositifs et les pratiques en matière foncière affectent la sécurité de l'occupation foncière pour les groupes à risque.
- Inclure la sécurité de l'occupation foncière en tant qu'indicateur de vulnérabilité.
 - Comprendre quels sont les documents dont les personnes participant au programme pourraient avoir besoin, tenant compte du fait que les personnes les plus vulnérables pourraient ne pas les avoir en leur possession ou ne pas être en mesure de se les procurer.
 - S'assurer que l'intervention ne soit pas biaisée en faveur d'arrangements propriétaire-occupant ou en pleine propriété.
- 4 Mettre en œuvre des programmes en matière d'abris et d'habitat pour contribuer à la sécurité de l'occupation foncière.
- Faire appel aux expertises locales pour adapter la programmation en matière d'abris et d'habitat aux différents types d'occupation foncière, notamment pour les groupes vulnérables.
 - S'assurer que les documents nécessaires, tels que les contrats d'occupation foncière, soient dûment préparés et qu'ils reflètent les droits de toutes les parties.
 - Réduire le risque que le programme d'abris cause (ou y contribue) des tensions au sein de la communauté et avec les communautés locales voisines.
- 5 Contribuer à la protection à l'égard de l'expulsion forcée.
- En cas d'expulsion, ou de risque d'expulsion, procéder à des renvois pour identifier des solutions alternatives en matière d'abris et d'autres aides sectorielles.
 - Apporter une assistance en matière de résolution des différends.

Indicateurs clés

Pourcentage des bénéficiaires d'un abri qui jouissent d'une sécurité de l'occupation concernant leur option en matière d'abris ou d'habitat au moins pendant la durée d'un programme d'aide donné

Pourcentage des bénéficiaires d'un abri qui jouissent d'un accord approprié leur assurant la sécurité de l'occupation pour leur abri

Pourcentage des bénéficiaires d'un abri ayant rencontré des problèmes en matière foncière qui ont pu accéder (à titre indépendant ou dans le cadre d'un renvoi) à des services juridiques et/ou à des mécanismes de résolution des différends

- ⊕ cf. Principe de protection 4.

Notes d'orientation

Le régime foncier est le rapport, défini par la loi, la coutume, les accords informels ou les dispositions religieuses, qui existe entre des individus ou des groupes relativement aux logements et aux terres. Il détermine qui peut utiliser quelles ressources pendant combien de temps et dans quelles conditions. Il existe de nombreuses modalités d'occupation, allant de la pleine propriété et des accords de location formels à l'hébergement d'urgence et aux établissements spontanés. Quelles que soient ces modalités, tous les individus conservent un droit au logement, à la terre et à la propriété. Les personnes vivant au sein d'établissements spontanés, souvent déplacées à l'intérieur de leur propre pays, peuvent ne pas détenir légalement le droit d'occuper la terre, mais elles ont le droit à un logement décent et à une protection contre les expulsions forcées. Pour déterminer si le système d'occupation foncière en place s'avère approprié, des informations telles que les documents y afférents et le recours à des méthodes de vérification préalable sont nécessaires.

La sécurité de l'occupation foncière fait partie intégrante du droit à un logement décent. Elle garantit une protection juridique contre les expulsions forcées, le harcèlement et d'autres menaces, et permet aux personnes de vivre chez elles en sécurité, dans la paix et la dignité. Tous les individus, y compris les femmes, doivent bénéficier d'un degré de sécurité d'occupation leur garantissant une protection juridique contre les expulsions forcées, le harcèlement et d'autres menaces. Il importe de comprendre comment les relations d'occupation foncière, y compris les mécanismes de résolution des différends, sont gérés et pratiqués, et comment ils auraient pu changer depuis le déclenchement de la crise. Les données permettant d'évaluer la sécurité de l'occupation foncière peuvent inclure, entre autres, le nombre de litiges, les taux d'expulsion et les perceptions de la sécurité de l'occupation foncière.

Garantir progressivement la sécurité d'occupation : L'un des moyens les plus efficaces de renforcer la sécurité d'occupation est de s'appuyer sur les systèmes fonciers existants qui jouissent d'un degré de légitimité sociale ⊕ cf. *Références : UN Habitat et GLTN Régime social modèle de domaine (STDM), et Payne et Durand-Lasserve (2012).*

Considérations urbaines : La majorité des personnes déplacées en milieu urbain vit dans des établissements spontanés ou dans des logements loués sans accords formels de propriété, de bail et/ou d'utilisation. Par conséquent, le risque d'expulsion forcée, et les formes d'exploitation et de harcèlement qui y sont associées, est un élément caractéristique de leur vie. Les possibilités d'assistance en matière d'abris et d'habitat pour les zones urbaines doivent prendre en compte des situations foncières complexes et envisager des approches de sécurisation progressives pour les locataires, les occupants informels, les squatteurs et autres.

Ne pas nuire : Dans certains contextes, une intervention humanitaire en matière d'abris peut entraîner l'expulsion de groupes vulnérables. Dans d'autres, faire valoir la sécurité de l'occupation foncière peut accroître le risque d'expulsion pour



les groupes vulnérables. Une approche raisonnable et prudente permettra d'identifier les risques en matière de sécurité d'occupation encourus par les différents groupes. Dans certains cas, lorsque ces risques sont trop importants, il est préférable de ne rien faire du tout.

Déclencheurs habituels des expulsions : La menace d'expulsion résulte d'une interaction complexe de facteurs dont la plupart provoquent également des situations d'exploitation et d'abus. Ils comprennent les cas de figure suivants :

- incapacité de payer le loyer, souvent due à une restriction des moyens d'existence tels que le droit de travailler ;
- absence de bail écrit avec le propriétaire, rendant les personnes vulnérables aux hausses de prix et aux expulsions ;
- litiges avec le propriétaire ;
- discrimination à l'égard des populations affectées ;
- restrictions à l'amélioration de l'habitat, plaçant ceux qui ne détiennent pas de permis de construire sous la menace constante d'expulsion ;
- utilisateurs ou occupants de zones constructibles dans l'incapacité de régulariser leur situation auprès de l'administration civile ;
- transactions relatives au logement survenant dans les cadres coutumier ou religieux, et par conséquent, non reconnues par la loi, ou vice versa ;
- pour les femmes : divorce, violences conjugales et autres formes de violences domestiques, ou décès de leur mari ; et
- absence de documents civils pour les femmes (qui peuvent être inscrites sur les documents du père ou du mari) et pour d'autres groupes marginalisés ou persécutés.

Les expulsions et les réinstallations : La réinstallation peut être conforme aux droits de l'homme lorsqu'elle vise à protéger la santé et la sécurité des habitants exposés à des catastrophes naturelles, à des risques environnementaux ou à préserver les ressources environnementales. Néanmoins, le détournement des réglementations visant à protéger la santé publique et la sécurité de l'environnement pour justifier l'expulsion en l'absence d'un risque réel, ou lorsque d'autres options sont disponibles, va à l'encontre du droit international des droits de l'homme.

7. Pérennité environnementale

La pérennité environnementale aborde une programmation responsable qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations à venir de répondre à leurs propres besoins. Ignorer les problèmes environnementaux sur le court terme peut compromettre la récupération, empirer les problèmes existants ou en entraîner de nouveaux ⊕ cf. *Principe de protection 1* et *Norme humanitaire fondamentale Engagements 3 et 9*.

Standard 7 sur les abris et l'habitat : Pérennité environnementale

L'aide en matière d'abris et d'habitat minimise tout impact négatif des programmes sur l'environnement naturel.

Actions clés

- 1 ⊞ Intégrer l'évaluation et la gestion de l'impact environnemental dans toute planification en matière d'abris et d'habitat.
 - Évaluer les impacts sur l'environnement de la crise et les risques environnementaux et vulnérabilités, afin de minimiser les effets négatifs des options en matière d'abris et d'habitat.
 - Intégrer un plan de gestion environnementale dans les procédures de fonctionnement et de suivi.
- 2 ⊞ Choisir les matériaux et les techniques les plus durables parmi les options viables.
 - Privilégier ceux qui n'épuisent pas les ressources naturelles locales ou contribuent à des dégâts environnementaux sur le long terme.
 - Récupérer et réutiliser, recycler ou reconvertir les matériaux disponibles, y compris les débris.
- 3 ⊞ Gérer les déchets solides en toute sécurité, en temps et en heure et dans le respect de la culture locale et de l'environnement dans tous les établissements.
 - Se coordonner avec les autorités WASH, sanitaires et chargées des travaux publics, ainsi qu'avec le secteur privé et d'autres parties prenantes pour établir ou rétablir des pratiques durables de gestion des déchets.
- 4 ⊞ Établir, restaurer et promouvoir des systèmes d'approvisionnement en énergie sûrs, fiables, abordables sur le plan économique et respectueux de l'environnement.
 - Déterminer si les systèmes d'approvisionnement en énergie existants ont un impact environnemental négatif sur les ressources naturelles, la pollution, la santé et la sécurité.



- S'assurer que toutes options nouvelles ou révisées d'approvisionnement en énergie répondent aux besoins des utilisateurs, et en réaliser un suivi, si nécessaire.
- 5 Protéger, restaurer et améliorer la valeur écologique des sites opérationnels (comme les établissements temporaires) pendant et après leur utilisation.
- Évaluer les conditions environnementales de base et les ressources naturelles locales disponibles pour chaque site, et identifier les risques environnementaux, y compris ceux qui découlent d'une utilisation commerciale ou industrielle passée.
 - Supprimer les dangers immédiats et évidents de la zone, et réparer toute dégradation environnementale grave, tout en minimisant la suppression de la végétation naturelle et la perturbation du drainage naturel.
 - Laisser le site dans un état qui permettra à la population locale de l'utiliser immédiatement, et si possible, dans un meilleur état que celui d'origine.

Indicateurs clés

Pourcentage des activités en matière d'abris et d'habitat ayant été précédées par une analyse environnementale

Nombre de recommandations contenues dans le plan de gestion et de suivi environnementaux qui ont été respectées

Pourcentage des constructions d'abris utilisant des matériaux de construction et des méthodes d'approvisionnement à faibles émissions de carbone

Pourcentage des déchets solides du site qui sont réutilisés, reconvertis ou recyclés

- Objectif >70 % en volume.

Part des sites d'hébergement temporaires remis dans un meilleur état environnemental que celui qu'ils présentaient avant leur utilisation

Notes d'orientation

L'évaluation de l'impact sur l'environnement comporte trois éléments : une description de base de l'environnement local, par rapport à laquelle l'évaluation est effectuée ; une compréhension de l'activité envisagée et de la menace potentielle qu'elle suppose pour l'environnement, et enfin, une compréhension des conséquences de cette menace, si elle se matérialise.

Il peut s'avérer utile de consulter les agences environnementales appropriées. Les points essentiels à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation de l'impact sur l'environnement sont notamment les suivants :

- l'accès avant la crise aux ressources naturelles locales (ainsi que leur utilisation), y compris le carburant et les matériaux de construction, l'approvisionnement en eau et la gestion des déchets ;

- l'étendue des ressources naturelles localement disponibles, ainsi que l'impact de la crise sur celles-ci ; et
- les questions sociales, économiques et culturelles (y compris les rôles sexospécifiques) susceptibles d'exercer une influence sur la durabilité de l'intervention et d'améliorer son effectivité et son efficacité d'ensemble.

Approvisionnement en matériaux : Pour l'approvisionnement en ressources naturelles comme l'eau, le bois, le sable, la terre et l'herbe, et le carburant pour les briques de parement et les tuiles pour les toitures, il faudra tenir compte de l'impact sur l'environnement. Promouvoir l'utilisation de ressources multiples, la réutilisation de matériaux récupérés et la production de matériaux alternatifs. La reforestation peut constituer un bon moyen de produire des matériaux de construction durables. Éviter l'utilisation de matériaux produits par le biais de l'exploitation des adultes et des enfants ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés.*

Le choix du site : Les évaluations de l'impact sur l'environnement doivent informer le choix du site. C'est ainsi, par exemple, que le placement de l'établissement à proximité d'une infrastructure existante peut réduire les impacts environnementaux associés à la construction de nouvelles infrastructures. Considérer l'exposition aux risques liés au climat ⊕ cf. *Standard 2 sur les abris et l'habitat : Lieu et planification de l'hébergement.*

L'érosion : Conserver les arbres et autre végétation pour stabiliser le sol et maximiser l'ombre et la protection par rapport au climat. Utiliser le profil naturel du terrain pour des services tels que les routes, les chemins et les réseaux de drainage, minimise l'érosion et les inondations. Si nécessaire, créer des canaux de drainage, des conduits de drainage sous les routes ou des talus de terre plantés, pour prévenir l'érosion des sols. Là où la pente excède 5%, des techniques d'ingénierie doivent s'appliquer pour prévenir une érosion excessive.

Gestion des débris et réutilisation ou reconversion des déchets : La planification de la gestion des débris immédiatement après la crise favorise la récupération des débris en vue de leur réutilisation, leur reconversion ou leur élimination dans des conditions sûres.

Il existe un potentiel de réutilisation ou de reconversion des déchets solides trouvés dans les contextes humanitaires. La réutilisation des matériaux dans les contextes humanitaires, dans le cadre d'une stratégie de gestion des déchets solides plus systématique, dépend des attitudes culturelles vis-à-vis du traitement des déchets, ainsi que de la proximité d'entreprises disposées à acheter les matériaux triés. Les contextes humanitaires fournissent des opportunités de réutiliser les matériaux de façon inventive ⊕ cf. *WASH Gestion des excréments Standard 3.1 et WASH Gestion des déchets solides Standards 5.1 et 5.3.*

Énergie : En travaillant sur la consommation d'énergie, tenir compte du climat, des ressources naturelles disponibles, de la pollution intérieure et extérieure,



des impacts sanitaires, de la sécurité et des préférences des utilisateurs. Si possible, les programmes doivent réduire les besoins énergétiques des familles. Une conception économe sur le plan énergétique, faisant appel à des approches passives en ce qui concerne les structures de chauffage et de refroidissement, ainsi que l'utilisation d'équipements ménagers écoénergétiques comme les lampes solaires, réduit les frais des familles et les impacts environnementaux ⊕ cf. *Sécurité alimentaire et nutrition Standard 5 : Sécurité alimentaire générale*.

Identifier les risques pour le public causés par les approvisionnements énergétiques endommagés, comme par exemple, les lignes électriques endommagées, les fuites de propane ou des cuves de stockage de carburant. Coordonner avec le gouvernement local et les fournisseurs énergétiques la restauration, la fourniture et le maintien des services d'énergie. Les subventions ou d'autres incitations peuvent constituer une option pour assurer la sécurité et pour réduire la pollution ou la pression sur les ressources naturelles.

Gestion des ressources naturelles : Lorsque les ressources naturelles permettant de faire face à une augmentation substantielle de l'habitat humain sont limitées, un plan de gestion des ressources est essentiel. Si nécessaire, consulter des experts extérieurs. Le plan de gestion des ressources peut suggérer des approvisionnements en carburant externes et des options pour les pâturages du bétail, la production agricole et d'autres sources de revenus qui dépendent des ressources naturelles. Des établissements de grande taille bien gérés peuvent s'avérer plus durables du point de vue environnemental que de nombreux autres hébergements dispersés plus petits qui ne sont pas aussi aisés à gérer ou à contrôler. Néanmoins, les hébergements communautaires de grande taille peuvent exercer plus de pression sur les communautés d'accueil voisines que ceux plus petits et dispersés. Les acteurs du secteur des abris doivent toujours considérer l'impact de leurs interventions sur les besoins des populations d'accueil en termes de ressources naturelles ⊕ cf. *Norme humanitaire fondamentale Engagement 9* et *manuel LEGS*.

Les contextes urbains et les contextes ruraux : Les personnes vivant en zones rurales dépendent généralement davantage des ressources naturelles se trouvant dans leur environnement immédiat que les habitants des zones urbaines. Néanmoins, les zones urbaines absorbent de grandes quantités de ressources naturelles, comme le bois, le sable et le ciment, les briques et autres matériaux de construction, en provenance d'une zone de desserte bien plus étendue. Des décisions informées doivent être adoptées lorsque l'on doit utiliser de grandes quantités de matériaux de construction dans le cadre de programmes d'abris urbains ou autres à grande échelle, pour lesquels les incidences sur l'environnement peuvent aller au-delà de la zone de mise en œuvre du programme.

Annexe 1

Check-list pour l'évaluation des abris et de l'habitat

Cette liste des questions constitue une check-list permettant de s'assurer de l'obtention d'informations appropriées pour informer l'intervention en matière d'abris et d'habitat après la crise. L'emploi de cette liste de questions n'est pas obligatoire. Elle peut être utilisée et adaptée en fonction des besoins.

Les informations concernant les causes sous-jacentes, la sécurité de la situation et les éléments démographiques de base afférents aux personnes déplacées et à la population d'accueil, ainsi que sur les principales personnes à consulter et à contacter, devront être obtenues séparément.

Évaluation et coordination

- Est-ce qu'un mécanisme de coordination arrêté d'un commun accord a été établi par les autorités compétentes et les organisations humanitaires ?
- Quelles données de base sont disponibles concernant les personnes affectées ? Quels sont les dangers et les risques et vulnérabilités connus concernant les abris et les habitats ?
- Existe-il un plan de secours informant l'intervention ?
- Quelles informations d'évaluation initiale sont d'ores et déjà disponibles ?
- Une évaluation inter-agences et/ou multisectorielle est-elle prévue ? Portez-telle sur les abris, l'habitat et les articles ménagers ?

Démographie

- Combien de personnes composent un foyer en moyenne ?
- Combien de personnes affectées vivent dans différents types de foyers ? Considérer les groupes qui vivent en dehors des liens familiaux, comme les groupes d'enfants non accompagnés, ainsi que les foyers dont la taille est hors moyenne, ou d'autres facteurs. Ventilier par sexe, âge, handicap et ethnies, affiliation linguistique ou religieuse, en fonction du contexte.
- Combien de familles affectées ne disposent pas d'un abri approprié ? Où se trouvent-elles ?
- Combien de personnes, ventilées par sexe, âge et handicap, n'appartenant pas à des familles individuelles, ne disposent pas d'un abri ou n'ont qu'un abri inadéquat ? Où se trouvent-elles ?
- Combien de familles affectées ne disposant pas d'un abri adéquat n'ont pas été déplacées et peuvent bénéficier d'une aide sur le site de leurs foyers d'origine ?



- Combien de familles affectées ne disposant pas d'un abri adéquat ont été déplacées et ont besoin d'une aide en matière d'abri auprès de familles d'accueil ou dans des hébergements temporaires ?
- Combien de personnes, ventilées par sexe et âge, n'ont pas accès aux installations communautaires telles que les écoles, les centres de soins et les centres communautaires ?

Les risques

- Quels sont les risques immédiats pour la vie, la santé et la sécurité qui découlent de l'absence d'abris adéquats ? Combien de personnes se trouvent confrontées à de tels risques ?
- Quels sont les risques les moins immédiats pour la vie, la santé et la sécurité découlant du manque d'abris adéquats ?
- De quelle façon les systèmes, les accords et les pratiques d'occupation foncière affectent la sécurité de l'occupation foncière pour les populations vulnérables et marginalisées ?
- Quels sont les risques particuliers auxquels se trouvent confrontées les personnes vulnérables, dont les femmes, les enfants, les mineurs non accompagnés et les personnes handicapées ou atteintes d'une maladie chronique en raison du manque d'abris appropriés et pourquoi ?
- Quel est l'impact sur les populations d'accueil éventuelles de la présence des personnes déplacées ?
- Quels sont les risques potentiels de conflit ou de discrimination parmi ou entre les groupes au sein de la population affectée, notamment pour les femmes et les filles ?

Ressources et contraintes

- Quelles sont les ressources matérielles, financières et humaines des personnes affectées disponibles pour répondre à certains (ou à la totalité) de leurs besoins urgents en matière d'abris ?
- Quels sont les problèmes concernant la disponibilité, la propriété et l'utilisation des terres qui affectent la capacité des personnes à répondre à leurs besoins urgents en matière d'abris, y compris en matière d'hébergement communautaire temporaire ?
- Quels sont les risques auxquels les populations d'accueil potentielles pourraient se voir confrontées lorsqu'elles accueillent des personnes déplacées dans leurs propres habitations ou dans les terres adjacentes ?
- Quelles sont les opportunités et les contraintes qui affectent l'utilisation des immeubles ou des structures existants disponibles et non touchés pour accueillir les personnes déplacées à titre temporaire ?
- Existe-t-il des terres vacantes accessibles aptes à accueillir des hébergements temporaires, au vu de la topographie et d'autres contraintes environnementales ?

- Quelles sont les exigences et les contraintes réglementaires susceptibles d'affecter l'élaboration de solutions d'hébergement ?

Matériaux, conception et construction

- Quelles solutions d'abris ou matériaux ont fourni initialement les personnes affectées, les populations affectées ou d'autres acteurs ?
- Quels matériaux existants peuvent être récupérés du site endommagé pour être utilisés en vue de la reconstruction des abris ?
- Quelles sont les pratiques de construction habituelles des personnes affectées ? Quels matériaux utilisent-elles pour le cadre structurel, le toit et les murs extérieurs ?
- Quelles solutions alternatives en termes de conception ou de matériaux sont potentiellement disponibles et familières ou acceptables pour les personnes affectées ?
- Quelles caractéristiques de conception garantiront un accès et une utilisation sûrs et rapides des solutions d'hébergement pour l'ensemble des personnes affectées ?
- De quelle manière les solutions d'hébergement identifiées peuvent contribuer à minimiser les risques et les vulnérabilités à venir ?
- De quelle façon construit-on généralement les abris ? Qui les construit ?
- De quelle façon se procure-t-on généralement les matériaux de construction ? Qui se les procure ?
- Comment peut-on former ou aider à participer à la construction de leurs propres abris les femmes, les jeunes, les personnes handicapées et les personnes âgées ? Quelles sont les contraintes ?
- Lorsque les personnes ou les familles ne sont pas en mesure ou n'ont pas l'occasion de construire leurs propres abris, une aide supplémentaire sera-t-elle demandée pour les soutenir ? On peut citer comme exemple à ce propos, la mise à disposition de main-d'œuvre bénévole ou sous contrat, ou l'assistance technique.

Activités ménagères et de subsistance

- Quelles activités ménagères et de subsistance sont généralement accomplies dans les abris des personnes affectées ou à proximité ? De quelle manière la fourniture et la conception de l'espace en résultant reflète ces activités ?
- Quelles opportunités d'aide à la subsistance légales et durables sur le plan environnemental peut être fournies par le biais de l'approvisionnement en matériaux et la construction des solutions en matière d'abris et d'habitat ?

Services et installations communautaires essentiels

- Quelle est la disponibilité actuelle d'eau potable et pour l'hygiène personnelle ? Quelles sont les possibilités et les contraintes pour répondre aux besoins d'assainissement prévus ?



- Quelles installations sociales (centres de santé, écoles et lieux de culte) sont actuellement disponibles ? Quelles sont les contraintes et les possibilités d'accès ?
- Lorsque les bâtiments communautaires et notamment les écoles, sont utilisés pour héberger des personnes déplacées, quels processus et calendrier sont appliqués pour la reprise de leur destination initiale ?

Population d'accueil et impact sur l'environnement

- Quels sont les sujets d'inquiétude pour la population d'accueil ?
- Quelles sont les contraintes organisationnelles et physiques afférentes à l'hébergement des personnes déplacées par la population d'accueil ou dans des établissements temporaires ?
- Quelles sont les inquiétudes environnementales afférentes à l'approvisionnement local en matériaux de construction ?
- Quelles sont les inquiétudes environnementales concernant les besoins des personnes déplacées en combustible, assainissement, élimination des déchets et pâturages pour les animaux entre autres ?

Les besoins en termes d'articles ménagers

- Quels sont les articles non alimentaires essentiels dont les personnes affectées ont besoin ?
- Est-il possible de se procurer un quelconque desdits articles non alimentaires localement ?
- Peut-on utiliser des coupons ?
- Une assistance technique sera-t-elle nécessaire pour compléter la fourniture d'articles ménagers ?

Vêtements et couchage

- Quels types de vêtements, couvertures et couchages utilisent généralement les femmes, les hommes, les enfants et les nourrissons, les femmes enceintes et qui allaitent, les personnes handicapées et les personnes âgées ? Doit-on tenir compte de considérations sociales et culturelles particulières ?
- Combien de femmes et hommes de tous les âges, enfants et nourrissons, disposent de vêtements, couvertures ou couchages inadéquats ou insuffisants pour les protéger des effets négatifs du climat et préserver leur santé, leur dignité et leur bien-être ?
- Quels sont les risques potentiels pour la vie, la santé et la sécurité personnelle des personnes affectées si leurs besoins en vêtements, couvertures ou couchages ne sont pas satisfaits ?
- Quelles mesures de lutte antivectorielle, notamment sous la forme de la mise à disposition de moustiquaires, sont nécessaires pour préserver la santé et le bien-être des familles ?

Préparation et consommation des aliments, poêles et combustibles

- À quels ustensiles de cuisine et à quels couverts avaient généralement accès les familles avant la crise ?
- Combien de familles n'ont pas accès à un nombre suffisant d'ustensiles de cuisine et de couverts ?
- De quelle façon les personnes affectées cuisinaient et chauffaient leurs habitations généralement avant la crise ? Où cuisinaient-elles ?
- Quel combustible était généralement utilisé pour la cuisine et le chauffage avant la crise ? Où pouvait-on se le procurer ?
- Combien de familles n'ont pas accès à un poêle pour cuisiner et se chauffer ? Pourquoi ?
- Combien de familles n'ont pas accès à un approvisionnement approprié de combustible pour la cuisine et le chauffage ?
- Quelles sont les possibilités et les contraintes (notamment les préoccupations environnementales) pour se procurer du combustible en quantité suffisante pour les populations affectées par la crise et les populations voisines ?
- Quel enjeu représentent les moyens de se procurer du combustible en quantité suffisante pour les personnes affectées, notamment les femmes de tous âges ?
- Des considérations culturelles particulières concernant la cuisine et les repas doivent-elles être prises en compte ?

Les outils et les équipements

- De quels outils de base de réparation, construction et entretien des abris disposent les familles ?
- Quelles activités de subsistance peuvent se servir également des outils de base pour la construction, l'entretien et l'enlèvement des débris ?
- Quelles activités de formation ou de sensibilisation permettraient une utilisation sûre des outils ?



Annexe 2

Description des scénarios d'hébergement

Les scénarios d'hébergement permettent de réaliser une catégorisation de premier niveau des lieux où vivent les personnes affectées. Une compréhension de la crise par le biais de ces scénarios d'hébergement contribuera à la planification des stratégies d'aide. Rassembler des précisions supplémentaires pour une planification détaillée ⊕ cf. *annexe 3 : Caractéristiques supplémentaires des scénarios d'hébergement*

| Groupe de population | Scénario d'hébergement | Description | Exemples |
|--------------------------------|---|---|---|
| Personnes non déplacées | Logement ou terres occupé(es) par les propriétaires | L'occupant est le propriétaire de son logement et/ou de ses terres (la propriété peut être officielle ou officieuse) ou détient ces éléments en copropriété | Maisons, appartements, terres |
| | Logements ou terres louées | La location permet aux personnes ou aux familles d'utiliser l'habitation ou les terres pendant une durée déterminée en contrepartie du versement d'un certain prix, sans transfert de la propriété, sur la base d'un contrat écrit ou oral conclu avec un propriétaire privé ou public | |
| | Logement ou terres occupé(es) officieusement | Les familles occupent l'habitation et/ou les terres sans l'autorisation expresse du propriétaire ou du représentant désigné des lieux | Maisons, appartements et terrains inoccupés |
| Personnes déplacées | Contrat de location | La location permet aux personnes ou aux familles d'utiliser l'habitation ou les terres pendant une durée déterminée en contrepartie du versement d'un certain prix, sans transfert de propriété. La location se fonde sur un contrat écrit ou oral avec un propriétaire privé ou public. Le règlement du prix peut se faire à titre individuel ou communautaire, ou faire l'objet d'une aide gouvernementale ou de la communauté humanitaire. | Maisons, appartements et terres du parc immobilier existant |

| Groupe de population | Scénario d'hébergement | Description | Exemples |
|----------------------|--------------------------|--|--|
| Personnes dispersées | Dispositif d'accueil | Les populations d'accueil fournissent un logement aux populations déplacées ou aux familles | Maisons, appartements et terres d'ores et déjà occupés ou mis à disposition par la population d'accueil |
| | Établissement spontané | Les familles déplacées s'installent spontanément dans un lieu sans l'accord des acteurs pertinents (comme le propriétaire, le gouvernement local, les organisations humanitaires et/ou la population d'accueil) | Maisons, appartements et terrains inoccupés, en bordure des routes |
| Communautaire | Hébergement collectif | Des installations ou des structures préexistantes où de nombreuses familles s'abritent. Les infrastructures et les services de base sont fournis au niveau communautaire ou l'accès à ces derniers est rendu possible. | Bâtiments publics, centres d'évacuation, d'accueil et de transit, immeubles abandonnés, immeubles de bureaux, bâtiments en cours de construction |
| | Hébergement planifié | Hébergement spécialement conçu pour les personnes déplacées, pour lequel l'aménagement du site a été planifié et géré, et où les infrastructures, les installations et les services sont disponibles | Hébergements officiels gérés par le gouvernement, les Nations unies, les ONG ou la société civile. Peut s'agir de centres de transit ou d'accueil, ou de centres d'évacuation. |
| | Hébergement non planifié | Plusieurs familles s'installent spontanément et collectivement dans un lieu, créant un nouvel établissement. Les familles ou la collectivité peuvent avoir conclu des contrats de location avec le propriétaire du terrain. Ceci se fait souvent sans l'accord préalable des acteurs pertinents (comme le propriétaire, le gouvernement local et/ou la population d'accueil). Les services de base sur site n'ont pas été planifiés à l'origine. | Sites et établissements informels |



Annexe 3

Caractéristiques supplémentaires des scénarios d'hébergement

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques secondaires qui développent les scénarios d'hébergement dont il est question ⊕ cf. *annexe 2 Description des scénarios d'établissement*. Son utilisation afin de comprendre la crise plus en profondeur devrait permettre une planification plus détaillée.

Note : Le choix des caractéristiques et leur définition varient en fonction du contexte, et doivent s'aligner sur les orientations pertinentes. Créer des caractéristiques supplémentaires en fonction des besoins du contexte particulier.

| Catégorie | Exemples | Notes |
|---------------------------------------|--|--|
| Types de populations déplacées | Refugiés, demandeurs d'asile, personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI), réfugiés de retour, PDI de retour, autres personnes relevant de la compétence du HCR (par exemple, les migrants). | ⊕ cf. <i>Humanitarian profile support guidance</i> (https://www.humanitarianresponse.info/fr) |
| Indirectement affectées | Populations préexistantes, populations d'accueil | Les populations d'accueil ressentent souvent la présence des populations directement affectées, par exemple, en partageant les services communautaires tels que les écoles, ou en intervenant en tant que familles d'accueil |
| Le contexte géographique | Urbain, périurbain, rural | Périurbaine : une zone se trouvant entre les régions urbaines et rurales consolidées |
| Degré des dégâts | Pas de dégâts, dégâts partiels, destruction totale | La catégorisation du degré des dégâts permet de déterminer si l'habitation ou l'abri peut être occupé en toute sécurité |
| Durée/phase | Court terme, moyen terme, long terme, permanente Urgence, transition, récupération, durable | Les définitions de ces termes et expressions varient et doivent être fixées au niveau de l'intervention |

| Catégorie | Exemples | Notes |
|---|---|--|
| Régimes de propriété/d'occupation foncière | Légal, coutumier, religieux, hybride | Les accords informels sur les terres ou les habitations sont ceux qui englobent l'occupation régularisée et non réglementée, les sous-division non autorisées des terres légalement détenues en propriété, et plusieurs formes d'accords de location informels. Dans certains cas, plusieurs formes d'occupation foncière peuvent coexister sur le même terrain, chaque partie disposant de certains droits. |
| Formes d'occupation des logements | Propriété, usufruit, location, occupation collective | |
| Formes d'occupation des terres | Privée, communautaire, collective, accès ouvert, étatique/publique | |
| Type d'abri | Tentes, abris de fortune, abris de transition, abris durables, maisons, appartements, espace loué au sein d'une unité plus grande, garages, roulottes, conteneurs | ⊕ cf. Annexe 4 : Options d'aide |
| Gestion du site | Géré, géré à distance ou gestion mobile, auto-géré, pas de gestion | Géré : sans opposition du propriétaire et avec l'approbation des autorités Gestion à distance ou mobile : une équipe gère toute une série de sites Auto-géré : par la structure de direction ou des commissions internes de la communauté |



Annexe 4

Options d'aide

Tout une série d'options d'aide propres à chaque contexte peuvent être combinées pour répondre aux besoins des personnes affectées. Considérer les avantages et les inconvénients de chacune et élaborer le programme le plus adapté.

| Option d'aide | Description |
|---------------------------------------|---|
| Les articles ménagers | ⊕ cf. <i>Standard 4 sur les abris et l'habitat : Les articles ménagers</i> |
| Kits d'abri | Matériaux de construction, outils et équipements nécessaires pour créer ou améliorer l'espace de vie. Déterminer s'il faut mettre à disposition des matériaux structurels, tels que des poteaux et des piquets, ou si ces éléments peuvent être fournis par les familles. Considérer la nécessité d'activités supplémentaires de formation, de promotion, d'éducation ou de sensibilisation. |
| Boîtes à outils pour les abris | Matériaux de construction, outils et équipements nécessaires pour créer ou améliorer l'espace de vie. |
| Tentes | Abris mobiles préfabriqués avec une couverture et une structure. |
| Aide au retour et au transit | Aide au profit des personnes affectées qui décident de retourner sur leur lieu d'origine ou de s'installer ailleurs. Cette aide comprend un large éventail de services, tels que la fourniture de moyens de transport, de titres de transport ou de coupons, ou encore des objets tels que des outils, des matériaux et des réserves de semences. |
| Réparation | La réparation a trait à la restauration d'un immeuble endommagé ou dégradé, pour le remettre dans un état d'occupation correct et conforme aux normes et spécifications requises. Si les immeubles ont subi des dégâts mineurs, il est possible de les réparer sans réaliser une rénovation plus importante. Pour les personnes déplacées, il peut s'avérer nécessaire de réparer des centres collectifs ou de remettre aux normes des immeubles préexistants, tels que les écoles, pour fournir des abris de masse. |
| Rénovation | La rénovation des immeubles implique le renforcement et/ou la modification du système structurel de leur structure. Le but poursuivi est de rendre l'immeuble plus résistant face aux dangers à venir, grâce à l'installation d'équipements de sécurité. Les immeubles endommagés par la crise peuvent avoir besoin de rénovations, outre les réparations. Pour les personnes déplacées, il peut s'avérer nécessaire de rénover les habitations des familles d'accueil, si celles-ci sont exposées à un risque de danger. |
| Aide aux hôtes | Les personnes qui ne sont pas en mesure de retourner dans leurs habitations d'origine demeurent souvent auprès de leur famille ou d'amis, ou au sein de communautés avec lesquelles elles partagent des liens historiques, religieux ou autres. Le soutien aux hôtes pour qu'ils continuent d'héberger les personnes affectées comprend l'aide à l'extension ou à l'adaptation de l'habitation de la famille d'accueil, ou une aide financière ou matérielle pour les dépenses courantes. |

| Option d'aide | Description |
|--|---|
| Aide à la location | L'aide aux familles affectées pour louer un logement et des terres peut comprendre des contributions financières, un soutien à l'obtention d'un accord équitable ou des conseils sur les normes immobilières. Le loyer est une dépense permanente, de sorte qu'il faut planifier des stratégies de sortie, promouvoir l'auto-suffisance ou connecter des activités de subsistance le plus tôt possible ⊕ cf. <i>Standard 3 sur les abris et l'habitat : Espaces de vie et Standard 6 : Sécurité de l'occupation foncière</i> . (Note : L'aide à la location peut injecter des liquidités dans la population d'accueil ou épuiser le marché et entraîner une inflation). |
| Abris temporaires | Il s'agit d'abris à court terme qui devront être supprimés une fois l'étape suivante de la solution d'hébergement disponible. En général, ces abris sont construits moyennant un coût limité. |
| Abris de transition | Il s'agit d'abris rapides conçus avec des matériaux et des techniques permettant leur transition vers des structures plus permanentes. L'abri doit être évolutif, réutilisable, susceptible d'être revendu ou transportable d'un site temporaire vers un emplacement permanent. |
| Habitation de base | Unités d'habitation planifiées, conçues et construites pour s'intégrer éventuellement dans une habitation permanente, mais sans en constituer une. Les habitations de base permettent une extension ultérieure par la famille avec ses propres moyens et ressources. Le but poursuivi est de créer un espace de vie sûr et approprié comportant une ou deux pièces avec de l'eau et des installations d'assainissement, ainsi que les articles ménagers nécessaires ⊕ cf. <i>Standard 3 sur les abris et l'habitat : Espaces de vie et Standard 4 : Articles ménagers</i> . |
| Reconstruction/réfection | Structures en démolition et reconstruction non susceptibles de réparation. |
| Centres d'information | Les centres d'information fournissent des conseils et des orientations aux personnes affectées. Les informations fournies par les centres locaux peuvent clarifier les droits au conseil et à l'aide, aux options et processus de retour, les droits sur les terres, l'accès aux indemnisations, les conseils et l'assistance techniques, renseigner sur le retour, l'intégration et la réinstallation ; les filières possibles pour rendre des comptes et les façons de demander réparations, y compris l'arbitrage et l'aide juridique. |
| Expertise juridique et administrative | La fourniture d'une expertise juridique et administrative aide les personnes affectées à connaître leurs droits et à bénéficier à titre gratuit ou à un prix réduit de l'assistance administrative dont elles ont besoin. Une attention toute particulière doit être accordée aux besoins des groupes les plus vulnérables. |
| Sécurité de l'occupation foncière | L'aide pour jouir des droits à la sécurité du logement et/ou de l'occupation des terres au profit des personnes affectées garantit leur protection légale vis-à-vis des expulsions forcées, du harcèlement et d'autres menaces, tout en leur apportant de la sécurité, de la paix et de la dignité ⊕ cf. <i>Standard 6 sur les abris et l'habitat : Sécurité de l'occupation</i> . |
| Planification des infrastructures et de l'habitat | L'aide à la planification des infrastructures et de l'habitat est utilisé pour améliorer les services dont jouit une communauté et contribuer à la planification de solutions durables d'établissement de transition et de reconstruction. L'aide à la planification des infrastructures et de l'établissement peut être divisée en deux catégories : aide coordonnée principalement par le secteur des abris et aide coordonnée principalement par d'autres secteurs. |



| Option d'aide | Description |
|---|--|
| Aide à l'hébergement collectif | Les immeubles existants peuvent être utilisés en tant que centres collectifs ou centres d'évacuation afin de fournir des abris rapides. Il peut s'agir d'écoles, d'immeubles communautaires, d'aires de jeux couvertes, d'installations religieuses ou d'immeubles inoccupés. Ces lieux peuvent nécessiter des adaptations ou des améliorations pour servir d'habitations ⊕ cf. <i>Standard 3 sur les abris et l'habitat : Espace de vie</i> . Lorsque l'on utilise des écoles pour accueillir les personnes affectées par une crise, il faut identifier et utiliser immédiatement les structures alternatives, afin de permettre que les cours se poursuivent ⊕ cf. <i>Directives sur les centres collectifs</i> et <i>manuel INEE</i> . |
| Gestion des établissements et des centres collectifs | ⊕ cf. <i>Référence : Directives sur les centres collectifs, HCR et OIM, 2010</i> |
| Enlèvement des débris et gestion des morts | L'enlèvement des débris contribue à améliorer la sécurité publique et l'accès aux personnes affectées. Considérer également les incidences sur l'environnement ⊕ cf. <i>Standards 2 et 7 sur les abris et l'habitat</i> . Manipuler et identifier les morts de façon appropriée ⊕ cf. <i>Santé 1.1 et WASH 6</i> . |
| Réhabiliter et/ou installer des infrastructures communes | Réhabiliter ou construire des infrastructures telles que l'approvisionnement en eau, l'assainissement, des routes, drainages, ponts et électricité. ⊕ cf. <i>WASH, chapitre orientation et Standard 2 sur les abris et l'habitat</i> . |
| Réhabiliter et/ou construire des installations communautaires. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éducation : écoles, espaces adaptés aux enfants, zones de jeux sûres ⊕ cf. <i>manuel INEE</i> ; ▪ Services de santé : centres sanitaires et hôpitaux ⊕ cf. <i>Standard 1.1 sur les systèmes de santé : fourniture des services de santé</i> ; ▪ Sécurité : postes de police ou structures de surveillance communautaires ; ▪ Activités communautaires : lieux de rassemblement pour la prise des décisions, les loisirs et le culte, lieux de stockage du carburant, installations de cuisine et d'élimination des déchets solides, et ▪ Activités économiques : marchés, terres et espaces pour le bétail, espaces pour les moyens d'existence et les entreprises. |
| Planification et zonage urbains/ des villages | Lors de la nouvelle planification des zones résidentielles suite à une crise, impliquer les autorités locales et les urbanistes afin que les réglementations et les intérêts de l'ensemble des parties prenantes soient respectés ⊕ cf. <i>Standard 2 sur les abris et l'habitat : Lieu et planification de l'hébergement</i> . |
| Réinstallation | La réinstallation est un processus qui implique la reconstruction de l'habitation/des habitations, des actifs et des infrastructures publiques d'une famille ou d'une communauté dans un lieu différent. |

Annexe 5

Options de mise en œuvre

Les modalités d'aide ont une influence sur la qualité, le calendrier, le degré d'exécution et les coûts. Choisir des options de mise en œuvre fondées sur une compréhension des marchés locaux, dont les marchés des matières premières, de la main-d'œuvre et de la location, afin de contribuer à la reprise économique ⊕ cf. *Fournir l'aide par le biais des marchés*. Considérer l'impact des options de mise en œuvre choisies sur le degré de participation et le sentiment d'appropriation, les dynamiques entre les sexes, la cohésion sociale et l'accès aux moyens d'existence.

| Options de mise en œuvre | Description |
|--|---|
| Assistance technique et assurance qualité | L'assistance technique fait partie intégrante de toute intervention en matière d'abris et d'habitat, indépendamment du type d'aide apporté ⊕ cf. <i>Standard 5 sur les abris et l'habitat : Assistance technique</i> . |
| Aide financière | Grâce à l'aide financière, les familles et les communautés peuvent accéder à des biens et des services, ou satisfaire leurs besoins en matière d'abris et d'habitat. Compléter l'aide financière avec de l'assistance technique et du renforcement des capacités, en fonction du risque et de la complexité de la tâche. Les transferts fondés sur le marché comprennent les options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transferts d'argent liquide sous condition : ils s'avèrent utiles lorsqu'il est essentiel de satisfaire des conditions particulières, comme par exemple, le système d'attribution par tranches. ▪ Argent liquide restreint ou coupons : cette option est utile pour des biens spécifiques, ou pour trouver des fournisseurs. Transfert sans conditions, non restreint ou polyvalent. Pour l'accès à des services financiers tels que les groupes d'épargne, les prêts, les micro-crédits, les assurances et les garanties ⊕ cf. <i>Fournir l'aide par le biais des marchés</i> . |
| Aide matérielle en nature | La fourniture puis la distribution des articles et des matériaux directement aux familles affectées est une option intéressante lorsque les marchés locaux ne sont pas en mesure de leur fournir des biens en qualité et en quantité suffisantes, ou dans un délai convenable ⊕ cf. <i>Fournir l'aide par le biais des marchés</i> . |
| Travail sur commande et sous-traitance | Commander ou sous-traiter des travaux pour atteindre les objectifs fixés en matière d'abris et d'habitat par le biais de modèles pilotés par les responsables, les sous-traitants ou les agences ⊕ cf. <i>Standard 5 sur les abris et l'habitat : Assistance technique</i> . |
| Renforcement des capacités | L'amélioration des compétences et la formation offrent des occasions aux parties prenantes d'accroître leur capacité d'intervention, à titre individuel et collectif, ainsi que d'interagir et d'envisager ensemble les défis communs et des outils tels que le développement et la mise en œuvre de normes et de codes de construction ⊕ cf. <i>Standard 5 sur les abris et l'habitat : Assistance technique</i> . Un renforcement des capacités réussi doit permettre aux experts de se concentrer sur la supervision des activités réalisées par les parties prenantes locales et de fournir leur assistance à un plus grand nombre de personnes bénéficiaires de l'aide. |

Pour un tableau offrant une assistance potentielle et des options de mise en œuvre liées aux scénarios d'hébergement, se référer à : www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Annexe 6

Options potentielles d'aide et de mise en œuvre en fonction des scénarios d'hébergement

| | | Scénario d'hébergement | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|--|--|
| | | Personnes non déplacées | | | | | | Personnes déplacées | | | | | |
| | | Personnes dispersées | | | Communautaire | | | Hébergement collectif | | | Établissement non planifié | | |
| Options d'aide | Échelle des abris des familles | Logement ou terres occupés(es) par les propriétaires | Logements ou terres loués | Logement ou terres occupés(es) officieusement | Contrat de location | Dispositif d'accueil | Installation spontanée | Hébergement collectif | Établissement planifié | Établissement non planifié | Indirectement affectées | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | Articles ménagers | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | |
| | Kits d'abri | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | |
| | Boîtes à outils pour les abris | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | |
| | Terites | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | |
| | Aide au retour et au transit | | | | | X | X | X | X | X | X | | |
| | Réparation | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | |
| | Rénovation | X | | X | | X | X | X | X | X | X | | |
| | Aide aux hôtes | | | | | X | | | | | | | |
| | Aide à la location | | | | X | | | | | | | | |
| | Abris temporaires | X | | X | | | X | X | X | X | X | | |
| | Abris de transition | X | | X | | | X | X | X | X | X | | |
| | Habitation de base | X | | X | | | | X | X | X | X | | |
| | Reconstruction/ réflexion | X | | | | | | | X | X | X | | |

| Échelle de d'hébergement | | Scénario d'hébergement | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------|---|---|---------------|---|---|----------------------|---|---|---------------|---|---|---|---|---|
| | | Personnes non déplacées | | | | | | Personnes déplacées | | | | | | | | |
| | | Personnes dispersées | | | Communautaire | | | Personnes dispersées | | | Communautaire | | | | | |
| | Centres d'information | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| | Expertise juridique et administrative | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Sécurité de l'occupation foncière | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Planification d'infra-structure et d'hébergement | | X | | | | X | | | | X | | | X | | X |
| | Planification et zonage urbains/ des villages | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Aide à l'hébergement collectif | | | | | | | | | | X | | | | | X |
| | Gestion des hébergements et des centres collectifs | | | | | | | | | | X | | | X | | X |
| | Enlèvement des débris et gestion des morts | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Réhabiliter/ ou installer des infrastructures communes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |



| Scénario d'hébergement | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------------------|---|---|---------------------|---|---|---------------------|---|---|
| Personnes non déplacées | | | | | | Personnes déplacées | | | | | |
| Personnes non déplacées | | | Personnes dispersées | | | Communautaire | | | Personnes déplacées | | |
| | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | X | | | | | | | | | X | |
| Réhabiliter et/ou construire des installations communautaires. | | | | | | | | | | X | |
| | X | | | | | | | | | X | |
| Planification et zonage urbains/ des villages | | | | | | | | | | X | |
| | X | | | | | | | | | X | |
| Réinstallation | | | | | | | | | | X | |
| Assistance technique et assurance qualité | | | | | | | | | | X | |
| | X | | | | | | | | | X | |
| Aide financière | | | | | | | | | | X | |
| | X | | | | | | | | | X | |
| Aide matérielle en nature | | | | | | | | | | X | |
| | X | | | | | | | | | X | |
| Travail sur commande et sous-traitance | | | | | | | | | | X | |
| | X | | | | | | | | | X | |
| Renforcement des capacités | | | | | | | | | | X | |
| | X | | | | | | | | | X | |

Options de mise en œuvre

Références et ressources utiles

Instruments juridiques internationaux

Observation Générale No. 4 : Le droit à un logement suffisant (Art. 11.1 du Pacte). Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 1991. <https://tbinternet.ohchr.org>

Observation générale 7 : Le droit à un logement suffisant (Art. 11., par. 1 du Pacte) : expulsions forcées. Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 1997. <https://tbinternet.ohchr.org>

Article 25 Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Archives du Conseil des droits de l'homme, 1948. www.claiminghumanrights.org

Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays. OCHA, 1998. <http://www.internal-displacement.org>

Pinheiro, P. *Principes concernant la restitution des logements et des biens dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées.* OHCHR, 2005. <http://www.refworld.org>

Convention relative au statut des réfugiés. UNHCR, 1951. <https://www.ohchr.org>

Généralités

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Critères minimaux d'analyse de marché en situation d'urgence (MISMA). Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. <http://www.cashlearning.org>

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalccmcluster.org

Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. www.ifrc.org

Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS). Projet LEGS, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Normes Minimales pour l'éducation : Préparation, Intervention, Relèvement. Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (INEE), 2010. <http://toolkit.ineesite.org>

Normes minimales pour le relèvement économique (MERS). Réseau SEEP, 2017. <https://seepnetwork.org>

Emergency Handbook, 4th edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org/

Coordination civil-militaire des activités humanitaires des Nations Unies : Guide pour les forces militaires. UNOCHA, 2014. <https://www.unocha.org>

Manuel de terrain de la fonction UN-CMCoord. UNOCHA, 2015. <https://www.unocha.org>

Scénarios d'hébergements

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

Hébergement communautaire temporaire

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. <https://www.globalccmcluster.org>

Espèces, coupons, évaluations du marché/handicaps

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Un même toit pour tous. Abris et habitats inclusifs au handicap dans les situations d'urgence. FICR, 2015. <https://www.sheltercluster.org>

Violences sexistes

Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire. Partie 3, section 11 : Abris, hébergement et relèvement. CPI, 2015. <https://gbvguidelines.org>

Le guide des genres pour les actions humanitaires. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

Protection de l'enfance

Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire : Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. <http://cpwg.net>

Écoles et bâtiments publics

Notes d'orientation pour La construction d'écoles plus sûres (INEE Toolkit). INEE, 2009. <http://toolkit.ineesite.org>

Contexte urbain

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

Sécurité de l'occupation foncière

Lignes directrices relatives à l'évaluation rapide du régime foncier pour la planification des interventions après une catastrophe. FICR, 2015. <http://www.ifrc.org>

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. <https://www.sheltercluster.org>

L'éviction forcée et les droits de l'homme, Fiche d'information 25 (Rev.1). OHCHR et ONU Habitat, 2014. <https://www.ohchr.org>

Le droit à un logement convenable, Fiche d'information 21 (Rev.1). OHCHR et ONU Habitat, 2015. <https://www.ohchr.org>

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges*. 2012. www.ohchr.org

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Bibliographie complémentaire

Pour des suggestions de lectures complémentaires, vous référer à : www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliographie complémentaire

Généralités

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons. NRC, 2014. <https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons>

Housing, Land and Property Training Manual. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners. NRC, 2017. <http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf>

Rolnik, R. *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant ainsi que sur le droit à la non-discrimination dans ce domaine*. OHCHR, 2013. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/191/87/PDF/G1319187.pdf?OpenElement>

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. <https://stdm.gltn.net/>

Gestion de la construction

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects. Catholic Relief Services, 2012. <https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1>

Environnement

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND). IFRC and BRE Global. www.qsand.org

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming. OCHA. www.eecentre.org/library/

FEAT 2.0 Outil d'évaluation environnementale rapide. OCHA et Environmental Emergencies Centre, 2017. http://www.eecentre.org/wp-content/uploads/2017/10/FEAT_pocket_final_french.pdf

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation. UNEP, 2008. <http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458>

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations. UNHCR and CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT). WWF & American Red Cross. <http://envirodm.org/green-recovery>

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG). WWF Environment and Disaster Management, 2017. <http://envirodm.org/post/materialguide>



La santé



La santé

| Systèmes de santé | Soins de santé essentiels | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|--|---|
| | Maladies transmissibles | Santé des enfants | Santé sexuelle et reproductive | Soins des blessures et traumatismes | Santé mentale | Maladies non transmissibles | Soins palliatifs |
| STANDARD 1.1 Fourniture de services de santé | STANDARD 2.1.1 Prévention | STANDARD 2.2.1 Maladies à prévention vaccinale chez l'enfant | STANDARD 2.3.1 Soins de santé reproductive, de la mère et du nouveau-né | STANDARD 2.4 Soins des blessures et traumatismes | STANDARD 2.5 Soins de santé mentale | STANDARD 2.6 Prise en charge des maladies non transmissibles | STANDARD 2.7 Soins palliatifs |
| STANDARD 1.2 Personnel de santé | STANDARD 2.1.2 Surveillance, détection des flambées épidémiques et intervention précoce | STANDARD 2.2.2 Prise en charge des maladies du nouveau-né et de l'enfant | STANDARD 2.3.2 Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol | | | | |
| STANDARD 1.3 Médicaments et dispositifs médicaux essentiels | STANDARD 2.1.3 Diagnostic et gestion des cas | | STANDARD 2.3.3 VIH | | | | |
| STANDARD 1.4 Financement de la santé | STANDARD 2.1.4 Préparation et intervention en cas de flambée épidémique | | | | | | |
| STANDARD 1.5 Informations médicales | | | | | | | |

ANNEXE 1 Check-list pour l'évaluation de la santé

ANNEXE 2 Exemples de formulaires de rapport hebdomadaire de surveillance

ANNEXE 3 Formules de calcul des principaux indicateurs de santé

ANNEXE 5 Empoisonnement

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Concepts essentiels en matière de santé..... | 334 |
| 1. Systèmes de santé..... | 339 |
| 2. Soins de santé essentiels..... | 355 |
| 2.1 Maladies transmissibles..... | 355 |
| 2.2 Santé des enfants..... | 367 |
| 2.3 Santé sexuelle et reproductive..... | 373 |
| 2.4 Soins des blessures et traumatismes..... | 382 |
| 2.5 Santé mentale..... | 387 |
| 2.6 Maladies non transmissibles..... | 391 |
| 2.7 Soins palliatifs..... | 394 |
| Annexe 1: Check-list pour l'évaluation de la santé..... | 398 |
| Annexe 2: Exemples de formulaires de rapport hebdomadaire de surveillance..... | 400 |
| Annexe 3: Formules de calcul des principaux indicateurs de santé..... | 406 |
| Annexe 4: Empoisonnement..... | 408 |
| Références et bibliographie complémentaire..... | 411 |



Concepts essentiels en matière de santé

Tout le monde a droit à des soins de santé adéquats et opportuns

Les Standards minimums Sphère en matière de soins de santé constituent une expression pratique du droit aux soins dans les contextes humanitaires. Ces standards se fondent sur les convictions, les principes, les devoirs et les droits tels qu'ils sont formulés dans la Charte humanitaire. Ils comprennent le droit de vivre dignement et le droit à la protection et à la sécurité, ainsi que le droit de bénéficier d'une aide humanitaire en fonction des besoins.

Pour une liste des principaux documents juridiques et politiques sur lesquels repose la Charte humanitaire, accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires, ⊕ cf. *Annexe 1, Le fondement juridique de Sphère*.

En situation de crise, les soins de santé visent à réduire la morbidité et la mortalité excessives

Les crises humanitaires ont de graves répercussions sur la santé et le bien-être des populations touchées. L'accès aux soins de santé vitaux est essentiel aux premières étapes d'une situation d'urgence. Les soins de santé peuvent aussi comprendre la promotion de la santé, la prévention, les traitements, la réadaptation et les soins palliatifs à n'importe quel stade de l'intervention.

Les incidences d'une crise sur la santé publique peuvent être directes (blessures ou décès dérivé de la crise elle-même) et indirectes (changements des conditions de vie, déplacements forcés, manque de protection juridique ou difficultés d'accès aux soins de santé).

La surpopulation, les abris inadéquats, les mauvaises conditions sanitaires, l'eau en quantité insuffisante et de mauvaise qualité ainsi que la baisse de la sécurité alimentaire augmentent le risque de malnutrition et les flambées de maladies transmissibles. Les facteurs de stress extrême peuvent aussi déclencher des problèmes de santé mentale. L'érosion des mécanismes d'aide sociale et des systèmes d'entraide peut entraîner des mécanismes d'adaptation négatifs et une altération du comportement de recherche d'aide. Les difficultés d'accès aux soins de santé et la suspension de l'approvisionnement en médicaments peuvent compromettre la continuité du traitement (soins de santé maternels, VIH, diabète et problèmes de santé mentale).

Le principal objectif d'une intervention de santé en situation de crise est d'empêcher et de réduire la mortalité et la morbidité excessives. Les schémas de mortalité et de morbidité, et donc les besoins en matière de soins de santé, varient en fonction du type et de l'étendue de chaque crise.

Les indicateurs les plus utiles pour contrôler et évaluer la gravité d'une crise sont le Taux brut de mortalité (TBM) et le Taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5), plus sensible. Une multiplication par deux ou plus du TMB ou du TMM5 de référence indique une grande urgence de santé publique et nécessite une intervention immédiate ⊕ cf. *Annexe 3 : Formules de calcul des principaux indicateurs de santé*.

En l'absence de référence connue, les chiffres suivants correspondent aux seuils d'urgence :

- TMB >1/10 000/jour
- TMM5 >2/10 000/jour

Les seuils d'urgence doivent être définis au niveau national. Lorsqu'un TMM5 de référence dépasse déjà les seuils d'urgence, attendre sa multiplication par deux serait contraire à l'éthique.

Soutenir et développer les systèmes de santé existants

Une approche des systèmes de santé permettra de mettre en œuvre progressivement le droit à la santé pendant la crise et la période de rétablissement. Il est donc important d'étudier les moyens de soutenir les systèmes existants. L'embauche de personnel (national et international) aura des implications à court et à moyen termes pour les systèmes de santé nationaux. Après l'analyse, des interventions de santé bien planifiées peuvent améliorer les systèmes de santé existants, leur rétablissement futur et leur développement.

Lors de la première phase d'une crise, mettre en priorité les évaluations rapides multi-sectorielles et de santé ciblées. Le manque d'informations et l'inaccessibilité de certaines zones ne doivent pas empêcher la prise de décisions rapide en matière de santé publique. Procéder à des évaluations plus complètes dès que possible.

Les crises urbaines nécessitent une approche différente des interventions en matière de santé

Les interventions urbaines doivent tenir compte de la densité de population, des politiques concernant le parc bâti, des structures sociales et des services sociaux existants. L'identification des personnes à risque ou ne disposant pas d'un accès aux soins de santé représente un défi. L'ampleur des besoins peut rapidement dépasser les capacités. Les personnes qui trouvent refuge dans les villes et les villages connaissent rarement les services de santé existants et ne savent pas comment y accéder, les maladies transmissibles risquent donc de se développer. La sensibilisation aidera les personnes à faire face aux nouvelles contraintes urbaines (accès inadéquat à un abri, à la nourriture, aux soins de santé, à l'emploi ou aux réseaux d'aide sociale).

Les rumeurs et les fausses informations se répandent rapidement dans les villages. La technologie doit être utilisée pour diffuser des informations exactes sur les soins de santé et les services. Les fournisseurs de soins de santé secondaires et tertiaires sont souvent plus actifs dans les villages. La capacité de ces fournisseurs



devra donc être renforcée pour les soins de santé primaires. Les inviter à participer aux systèmes d'alerte et d'interventions précoces sur les maladies transmissibles et augmenter leur capacité à fournir leurs services spécialisés habituels.

Ces standards minimums ne doivent pas être appliqués de façon isolée

Les standards minimums dont il est question dans ce chapitre reflètent le contenu essentiel du droit à des soins adéquats et contribuent à l'exercice progressif de ce droit au niveau mondial. Ce droit est lié aux droits à l'eau et à l'assainissement, à la nourriture et à un abri. La réalisation des standards minimums Sphère dans un domaine particulier influence les progrès réalisés dans d'autres domaines. Travailler en coordination et en collaboration étroite avec les autres secteurs.

Se coordonner avec les autorités locales et d'autres agences intervenantes pour répondre aux besoins, éviter le chevauchement des efforts et améliorer la qualité des interventions en matière de santé. La coordination entre les acteurs de santé est également importante pour répondre aux besoins en toute impartialité et pour garantir que les personnes marginalisées, difficiles à atteindre ou à risque ont aussi accès aux soins. Les renvois que l'on trouve dans l'ensemble du manuel proposent des liens potentiels.

Lorsque les standards nationaux sont inférieurs aux standards minimums Sphère, il convient de travailler avec le gouvernement pour les relever progressivement.

Les priorités doivent être définies sur la base d'informations fiables partagées entre les secteurs et révisées au fur et à mesure que la situation évolue.

Le droit international protège expressément le droit aux soins

Les soins de santé doivent être fournis sans discrimination et être accessibles, c'est-à-dire disponibles, acceptables, abordables et de bonne qualité. Les États sont tenus de garantir ce droit en situation de crise ⊕ cf. *Annexe 1 : Le fondement juridique de Sphère*.

Le droit aux soins de santé peut être assuré uniquement si :

- la population est protégée ;
- les professionnels responsables du système de santé sont bien formés et attachés aux principes éthiques universels et aux standards professionnels ;
- le système de santé répond aux standards minimums ; et
- l'État est capable et désireux d'établir et d'entretenir des conditions saines et stables dans lesquelles les soins de santé pourront être dispensés.

Les attaques, menaces et autres obstructions violentes à l'encontre du travail du personnel de santé, des établissements et du transport médical constituent une violation du droit humanitaire international. Ces protections sont dérivées des obligations de base concernant le respect et la protection des blessés et des malades.

Les organisations humanitaires doivent étudier attentivement la nature des menaces et la façon de les gérer. Par exemple, une attaque de l'armée nationale

peut être traitée différemment d'une menace issue de la communauté locale ⊕ cf. *Considérations spéciales pour la protection des soins de santé* ci-après.

Liens vers les Principes de protection et la Norme humanitaire fondamentale

Les acteurs de santé doivent prendre en charge les blessés et les malades avec humanité, en dispensant des soins impartiaux sans distinction, selon les besoins. Il est essentiel de garantir la confidentialité et la protection des données et de la vie privée pour protéger les personnes contre les violences, les abus et tout autre problème.

Le personnel médical intervient souvent en première ligne en cas de violence contre les personnes, notamment les violences sexistes et contre les enfants. Former le personnel à repérer ces cas et à faire appel aux acteurs de l'aide sociale ou de la protection en utilisant les systèmes de communication et d'orientation confidentiels. Un enfant non accompagné ou séparé ayant besoin de soins critiques mais sans tuteur légal, pose un défi particulier en matière de protection. Consulter l'enfant et les autorités locales compétentes si possible. Le droit à la vie et aux soins de santé est essentiel pour répondre au mieux aux intérêts de l'enfant et peut l'emporter sur le droit de consentir aux soins. Les décisions doivent dépendre du contexte et des normes et pratiques culturelles. L'évacuation médicale internationale, l'orientation et le déplacement des enfants non accompagnés nécessitent une documentation stricte ainsi que l'implication des services de protection et des autorités locales.

De plus en plus de soins de santé doivent être dispensés en mer, y compris dans les eaux internationales, ou une fois que les personnes ont été débarquées. Cela pose des défis spécifiques en matière de protection ainsi que des problèmes politiques complexes et exige une planification rigoureuse, une bonne préparation et une atténuation des risques liés à la protection.

Procéder à une évaluation attentive de la coopération civile et militaire, en particulier en cas de conflits. Les groupes militaires et armés peuvent être des fournisseurs importants de soins de santé, même pour les civils. Les agences humanitaires peuvent, en dernier ressort, avoir besoin de recourir à des moyens militaires : un soutien aux infrastructures pour rétablir l'alimentation électrique des établissements médicaux, aide logistique pour le transport d'articles de santé, ou encore évacuation médicale. Cependant, le recours à des moyens militaires doit être étudié dans le contexte de l'accès aux soins de santé et des perceptions de neutralité et d'impartialité ⊕ cf. *Charte humanitaire* et *Cadre des forces militaires intérieures ou internationales* dans *Qu'est-ce que Sphère ?*

Lors de l'application des standards minimums, les neuf engagements de la Norme humanitaire fondamentale (CHS) doivent être respectés car ils sont à la base d'un programme redevable de santé. Des mécanismes de retour d'informations doivent être mis en place lors des interventions de soins de santé ⊕ cf. *Engagement n° 5 de la Norme humanitaire fondamentale*.



Considérations spéciales pour la protection des soins de santé

La prévention des attaques visant les établissements médicaux, les ambulances et les professionnels de santé exige des efforts soutenus aux niveaux international, national et communautaire. La nature des menaces variera fortement selon le contexte, elle doit être prise en compte et signalée. Pour protéger les soins de santé, les acteurs de santé tiendront compte des éléments suivants dans le cadre de leur travail et du soutien qu'ils apportent aux ministères de la santé ou aux autres parties concernées.

Dans toutes les situations d'urgence, et en particulier pendant un conflit, les acteurs de santé doivent faire preuve de neutralité et d'impartialité et agir selon ces principes, au risque d'être mal compris par les parties au conflit, la communauté ou les patients.

Lorsque des services médicaux vitaux et critiques sont fournis, les principes humanitaires doivent être respectés, et les soins de santé doivent être dispensés en toute impartialité et en fonction des seuls besoins. Pour promouvoir la neutralité, il convient de prendre en charge les blessés et les malades sans distinction, de veiller à leur sécurité et de préserver la confidentialité des informations médicales et personnelles.

L'acceptation par les communautés locales, les responsables et les parties au conflit peut faciliter la protection des soins de santé. Les acteurs de santé doivent éduquer ceux qui les entourent et entretenir la perception d'impartialité et de neutralité. Le niveau des soins d'un établissement médical, la qualité de ses services et son emplacement (par exemple s'il est situé près d'un camp militaire) auront aussi une influence.

Les établissements médicaux appliquent généralement une politique qui interdit les armes, ces dernières devant rester à l'extérieur des établissements ou des ambulances. Cela favorise un environnement neutre, permet d'éviter les tensions ou l'escalade du conflit au sein de l'établissement et d'empêcher que celui-ci ne devienne une cible.

Adopter des mesures de sécurité physique pour protéger l'établissement et le personnel contre les dangers. Dans le même temps, comprendre comment les mesures de sécurité peuvent affecter la perception du public général et l'acceptation de l'établissement médical.

Les organisations humanitaires doivent tenir compte des risques et des bénéfices lorsqu'elles définissent leurs services et la façon dont cela affectera la confiance de la communauté et son acceptation. La discrétion (par exemple en ne signalant pas les biens ou les sites) peut convenir à certaines opérations, alors que dans d'autres situations, il peut s'avérer judicieux d'afficher de grands logos sur certains biens ou sites.

1. Systèmes de santé

Un système de santé qui fonctionne bien peut répondre à tous les besoins de santé en situation de crise, de sorte que, même lors d'une crise sanitaire à grande échelle, une épidémie d'Ebola par exemple, les autres activités de santé peuvent se poursuivre. Le traitement des maladies faciles à traiter se poursuivra, tout comme les programmes de soins primaires des enfants, réduisant ainsi la mortalité et la morbidité excessives. Tout acteur qui promeut, rétablit ou maintient la santé contribue au système de santé général. Tous les niveaux du système sont concernés : du personnel soignant national, régional, du district et de la communauté aux soignants à domicile, en passant par les secteurs militaire et privé.

En situation de crise, les systèmes de santé et la fourniture de soins de santé sont souvent affaiblis avant même que la demande n'augmente. Les professionnels de la santé peuvent être perdus, l'approvisionnement en matériel médical interrompu ou les infrastructures endommagées. Il est important de comprendre l'incidence de la crise sur les systèmes de santé afin de déterminer les priorités de l'intervention humanitaire.

Les acteurs humanitaires interviennent rarement dans une situation d'urgence lorsqu'il n'existe aucun système de santé au préalable. Lorsqu'un système de santé est faible, il doit être renforcé ou développé (avec un parcours d'orientation, la collecte et l'analyse des informations de santé par exemple).

Les standards de cette section visent cinq critères essentiels d'un système de santé opérationnel :

- la fourniture de services de santé de qualité ;
- un personnel de santé formé et motivé ;
- l'approvisionnement, la gestion et l'utilisation appropriés des médicaments, matériel de diagnostic et technologie ;
- le financement approprié des soins de santé ; et
- des informations et des analyses correctes en matière de santé.

Les interactions entre ces critères sont très diversifiées. Par exemple, un nombre insuffisant de professionnels de la santé ou le manque de médicaments essentiels affectera la prestation des services.

La direction et la coordination sont essentielles pour garantir le traitement impartial des besoins. Le ministère de la santé dirige et coordonne généralement l'intervention et peut demander le soutien d'autres acteurs de santé. Parfois, le ministère manque de capacités ou de volonté pour assumer le rôle de manière efficace et impartiale. Une autre agence assumera donc cette responsabilité. Si le ministère de la santé n'a pas accès à tous les recoins du pays ou n'est pas accepté partout, les acteurs humanitaires doivent chercher à soutenir le système existant accepté, en particulier en situation d'extrême urgence. Déterminer avec



soin comment travailler avec les acteurs non-étatiques et les autres, évaluer leur capacité à fournir ou à coordonner les soins de santé pour la population.

Il est important de pouvoir approcher la population mais cela doit être envisagé à la lumière d'une compréhension claire des principes humanitaires et des implications pour une aide impartiale et neutre. La coordination est nécessaire à tous les niveaux des soins de santé, du niveau national au niveau communautaire, et avec d'autres secteurs tels que les services WASH, la nutrition et l'éducation, ainsi qu'avec des groupes de travail technique intersectoriels comme la santé mentale et le soutien psychosocial, les violences sexistes et le VIH.

Standard 1.1 sur les systèmes de santé : Fourniture des services de santé

Les personnes ont accès à des soins de santé intégrés de qualité sûrs, efficaces et centrés sur le patient.

Actions clés

- 1 Fournir des soins de santé suffisants et appropriés aux différents niveaux du système de santé.
 - Donner la priorité aux services de santé nationaux ou aux unités opérationnelles les plus proches, en fonction du type de crise, du profil épidémiologique et de la capacité du système de santé.
 - Repérer les différents types de soins qui doivent être disponibles à différents niveaux (ménage, communauté, structure de soins secondaire, hôpital).
- 2 Définir et renforcer les mécanismes de triage et les systèmes d'orientation.
 - En situation de conflit, mettre en place des protocoles de triage dans les établissements médicaux ou sur le terrain afin de repérer les personnes qui nécessitent une prise en charge immédiate, de les soigner rapidement ou de stabiliser leur état avant de les orienter et les transporter vers d'autres services.
 - Garantir des orientations efficaces entre les niveaux de soins et de services, en assurant par exemple un transport d'urgence protégé et sûr, et entre les secteurs tels que la nutrition ou la protection des enfants.
- 3 Adapter et utiliser des protocoles standardisés pour les soins de santé, la gestion des cas et l'utilisation rationnelle de médicaments.
 - Utiliser les standards nationaux, notamment les listes de médicaments essentiels, et les adapter au contexte de l'urgence.
 - Utiliser les directives internationales si les directives nationales sont dépassées ou indisponibles.

- 4 Fournir des soins de santé qui garantissent les droits des patients à la dignité, à la protection de la vie privée, à la confidentialité, à la sécurité et au consentement éclairé.
- Garantir la sécurité et le respect de la vie privée afin que tout le monde puisse accéder aux soins, y compris les personnes présentant des affections souvent stigmatisées (telles que VIH ou autre infections sexuellement transmissibles (IST)).
- 5 Fournir des soins de santé de qualité et empêcher les préjudices, les événements médicaux indésirables ou les abus.
- Mettre en place un système permettant de consigner et de consulter les événements médicaux indésirables.
 - Définir une politique permettant de consigner les abus ou les violences à caractère sexuel.
- 6 Appliquer des mesures de contrôle et de prévention des infections (CPI) notamment les normes WASH minimales et les mécanismes d'élimination des déchets médicaux dans tous les établissements de soins.
- En cas de flambées épidémiques telles que le choléra ou Ebola, demander des informations complètes aux organismes spécialisés tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF et Médecins Sans Frontières (MSF).
- 7 Prendre en charge et enterrer les morts de manière digne, sûre, acceptable sur le plan culturel et conformément aux bonnes pratiques de santé publique.

Indicateurs clés

Pourcentage de la population qui peut accéder aux soins de santé primaires en une heure de marche depuis les habitations

- Au moins 80 %

Pourcentage des établissements médicaux disposant de services de santé prioritaires

- Au moins 80 %

Nombre de lits pour les patients hospitalisés (à l'exception des lits de maternité) pour 10 000

- Au moins 18

Pourcentage de la population nécessitant une orientation vers un niveau supérieur de soins de santé

Pourcentage des patients transférés dans des délais raisonnables

Notes d'orientation

L'accès aux soins dépend de la disponibilité des soins de santé (accessibilité physique, coût, acceptabilité).



Disponibilité : Les soins de santé peuvent être dispensés au sein d'établissements médicaux fixes, mobiles ou communautaires. Le nombre, le type et le lieu de chacun varient selon le contexte. Voici les règles générales relatives à la couverture des établissements médicaux :

- Un établissement de soins pour 10 000 personnes ; et
- Un hôpital rural ou de district pour 250 000 personnes.

Cela ne garantit toutefois pas une couverture sanitaire adéquate dans tous les contextes. Dans les zones rurales, un établissement pour 50 000 personnes associé à des programmes de prise en charge par les communautés et à des cliniques mobiles constituerait un meilleur objectif. Dans les zones urbaines, les structures de soins secondaires peuvent constituer le premier point d'accès, couvrant ainsi les soins primaires d'une population supérieure à 10 000 personnes.

La capacité d'accueil de forte affluence est essentielle dans les situations d'urgence. Éviter le doublement des services existants, au risque d'entraîner un gaspillage des ressources et une baisse de la confiance dans les établissements existants. Les personnes ont besoin de revenir dans ces établissements en toute confiance lorsque les établissements temporaires ferment.

Contrôler le taux d'utilisation des services. Des taux faibles peuvent indiquer une mauvaise qualité, des barrières financières directes ou indirectes, une préférence pour d'autres services, une surestimation de la population ou d'autres problèmes d'accès. Des taux supérieurs peuvent suggérer un problème de santé publique, ou une sous-estimation de la population visée, ou ailleurs des problèmes d'accès. Toutes les données doivent être analysées selon le sexe, l'âge, le handicap, l'origine ethnique et d'autres facteurs pertinents dans le contexte. Pour calculer le taux d'utilisation ⊕ cf. *Annexe 3*.

Acceptabilité : Consulter tous les segments de la communauté afin d'identifier et d'éliminer les entraves à l'accès aux services pour les différents groupes de la communauté et toutes les parties en conflit, en particulier les groupes à risque. Collaborer avec les femmes, les hommes, les enfants, les personnes séropositives ou fortement exposées au VIH, les personnes handicapées et les personnes âgées, pour comprendre la façon dont les personnes se font soigner. Impliquer les personnes dans la conception des soins de santé afin d'améliorer la participation des patients et la rapidité des soins.

Accessibilité financière : ⊕ cf. *Standard 1.4 Systèmes de santé : Financement de la santé*.

Au niveau des communautés : Les soins de santé primaires comprennent les soins à domicile et dans la communauté. L'accès aux soins de santé primaires peut être pris en charge par des agents de santé communautaires (ASC) ou des volontaires, des éducateurs pairs ou en collaboration avec les comités de santé des villages afin d'améliorer la participation des patients et de la communauté. La gamme de soins peut aller des programmes de prévention à la promotion de la santé ou à la gestion des cas, et dépend du contexte. Tous les programmes doivent créer des liens avec

l'établissement de soins primaires le plus proche pour garantir des soins intégrés, une surveillance clinique et le suivi du programme. Si les ASC détectent des cas de malnutrition sévère, une orientation vers les services de nutrition des établissements médicaux ou d'autres sites est nécessaire ⊕ cf. *Standard 1.2 Sécurité alimentaire et nutrition : Évaluation de la situation nutritionnelle*. Intégrer les soins aux programmes communautaires d'autres secteurs tels que WASH et la nutrition ⊕ cf. *Standard 1.1 Hygiène WASH et Standard 2.1 Sécurité alimentaire et nutrition - Gestion de la malnutrition*.

Les systèmes d'**orientation d'urgence** qui comportent des mécanismes de transport protégés, prédéfinis et sûrs doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Un relais clinique doit exister entre le référent et le fournisseur destinataire des soins de santé.

Droits du patient : Concevoir des établissements médicaux et des services de santé permettant de garantir le respect de la vie privée et la confidentialité, en prévoyant notamment des salles de consultation séparées. Il convient d'obtenir le consentement éclairé des patients ou de leur tuteur avant d'entreprendre des procédures médicales ou chirurgicales. Étudier toutes les considérations spéciales susceptibles d'influencer le consentement éclairé et la sécurité, par exemple l'âge, le sexe, le handicap, la langue et l'appartenance ethnique. Mettre en place des mécanismes de retour d'information dès que possible. Les données des patients doivent être protégées ⊕ cf. *Standard 1.5 Systèmes de santé : Informations médicales*.

Établissements sûrs et appropriés : Des protocoles rationnels d'utilisation des médicaments doivent être appliqués et les médicaments et dispositifs doivent être gérés en toute sécurité ⊕ cf. *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels*.

Les établissements doivent être adaptés, même en situation d'urgence : espaces privés pour les consultations, flux de patients organisé, lits séparés d'un mètre, système de ventilation, salle de stérilisation (en milieu clos) dans les hôpitaux, alimentation électrique suffisante pour les appareils critiques, structures WASH adaptées. Lors des flambées épidémiques, les exigences relatives aux infrastructures et les orientations doivent être révisées, notamment les zones de triage, d'observation et d'isolement.

Des mesures doivent être prises pour assainir les établissements médicaux, les protéger et les rendre accessibles pendant une crise, en cas d'inondations ou de conflit par exemple.

La **prévention et le contrôle des infections (PCI)** sont essentiels dans tous les contextes afin d'empêcher les maladies et la résistance antimicrobienne. Même en-dehors des crises, 12 % des patients du monde entier contractent une infection alors qu'ils bénéficient de soins et 50 % des infections post-chirurgie résistent aux antibiotiques bien connus.

Les principales composantes de la PCI sont : production et mise en place de directives (précautions standards, précautions de transmission et techniques cliniques aseptiques), présence d'une équipe de PCI dans chaque établissement,



formation des professionnels de santé, suivi de programmes, et intégration dans les systèmes de surveillance d'une détection des infections nosocomiales et de la résistance antimicrobienne. Les établissements de soins doivent disposer d'un personnel et d'une charge de travail appropriés, le taux d'occupation des lits doit être respecté (pas plus d'un patient par lit), et l'environnement bâti doit être approprié.

Les précautions standards font partie de la PCI et concernent :

- *La prévention des blessures dues à des objets tranchants* : Les aiguilles, scalpels et autres objets tranchants doivent être manipulés avec précaution, par exemple lors du nettoyage ou de l'élimination. Toute personne blessée par un objet tranchant doit se voir proposer une prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH dans un délai de 72 heures ⊕ cf. *Standard 2.3.3 Soins de santé essentiels – Santé sexuelle et reproductive : VIH*.
- *Utilisation d'un équipement de protection individuelle (EPI)* : Un équipement de protection individuelle doit être fourni en fonction des risques et des tâches à réaliser. Évaluer le type d'exposition anticipé (suite à des éclaboussures, à une pulvérisation, à un contact ou à un toucher) et la catégorie de transmission de la maladie ; la durabilité et la pertinence de l'EPI pour la tâche (impermeable ou résistante aux fluides) ; et l'adéquation du matériel. Tout EPI supplémentaire dépendra du type de transmission : par contact (une blouse ou des gants) ; par gouttelettes (masques chirurgicaux lorsque l'on intervient à moins d'1 mètre du patient) ; ou par voie aérienne (masques respiratoires). ⊕ cf. *Standard 6 WASH : WASH dans les établissements de soins*.
- D'autres mesures comprennent l'hygiène des mains, la gestion des déchets médicaux, le maintien d'un environnement propre, le nettoyage des dispositifs médicaux, l'hygiène respiratoire en cas de toux, et les principes d'asepsie ⊕ cf. *Standard 6 WASH : WASH dans les établissements de soins*.

Événements indésirables : Au niveau mondial, 10 % des patients hospitalisés font l'objet d'un événement indésirable (même en-dehors d'une crise humanitaire) principalement dû à des procédures chirurgicales hasardeuses, à des erreurs de médication ou à des infections nosocomiales. Un registre des événements indésirables doit être tenu dans tous les établissements médicaux et faire l'objet d'un suivi afin de promouvoir l'apprentissage.

Prise en charge des dépouilles : Il convient de respecter les coutumes locales et les pratiques religieuses pour une prise en charge respectueuse des dépouilles, qui doivent être identifiées et restituées aux familles. Qu'il s'agisse d'une épidémie, d'une catastrophe naturelle, d'un conflit ou de tueries de masse, la gestion des dépouilles exige une coordination entre les secteurs de la santé, WASH, juridique, de protection et du médico-légal.

Les dépouilles représentent rarement un risque de santé immédiat. Certaines maladies (le choléra ou Ebola par exemple) exigent une gestion particulière.

L'évacuation des morts peut nécessiter le port d'un équipement de protection, un équipement de récupération, un moyen de transport et un lieu de stockage, ainsi que des documents. ⊕ cf. *Standard 6 WASH : WASH dans les établissements de soins.*

Standard 1.2 sur les systèmes de santé : Personnel de santé

Les personnes ont accès au personnel de santé disposant des compétences adéquates à tous les niveaux du parcours de soins.

Actions clés

- 1 Étudier les niveaux des effectifs et la répartition par rapport aux classements nationaux afin d'identifier les lacunes et les zones mal desservies.
 - Suivre les niveaux d'effectifs pour 1 000 personnes, par fonction et par lieu de travail.
- 2 Former le personnel à ses fonctions selon les normes nationales ou les directives internationales.
 - Se rappeler que les fonctions du personnel en cas d'urgences graves peuvent être élargies et que les agents doivent pour cela être formés et accompagnés.
 - Organiser des stages de perfectionnement lorsque le roulement est important.
- 3 Soutenir les professionnels de santé afin qu'ils puissent intervenir dans un environnement de travail sûr.
 - Mettre en place et recommander toutes les mesures possibles visant à protéger les professionnels de santé dans le cadre des conflits.
 - Offrir une formation en matière de santé au travail et vacciner les travailleurs cliniques contre l'hépatite B et le tétanos.
 - Prévoir des mesures de PCI et un EPI adéquat pour la réalisation de leurs tâches.
- 4 Élaborer des stratégies salariales et des initiatives qui atténuent les différences de rémunération et la répartition inéquitable des professionnels de santé entre le ministère de tutelle et les autres prestataires de santé.
- 5 Partager les données relatives au personnel de santé et à l'information de préparation avec le ministère de la santé et les autres organismes compétents au niveau local mais aussi national.
 - Tenir compte des déplacements et des départs des professionnels de santé pendant un conflit.



Indicateurs clés

Nombre d'agents de santé communautaires pour 1 000 personnes

- Au moins 1-2 agent(s) de santé communautaire(s)

Pourcentage des naissances prises en charge par un personnel qualifié (docteurs, infirmiers/ères, sages-femmes)

- au moins 80 %

Nombre d'accoucheurs/ses qualifié(e)s (docteurs, infirmières, sages-femmes) pour 10 000 personnes

- au moins 23 pour 10 000 personnes

Tout le personnel médical impliqué dans des missions cliniques a bénéficié de formations sur les protocoles cliniques et la gestion des cas

Notes d'orientation

Disponibilité du personnel de santé : Le personnel de santé comprend les médecins, les infirmiers/ères, les sages-femmes, les responsables cliniques, les techniciens de laboratoire, les pharmaciens et les agents de santé communautaires (ASC), ainsi que le personnel de gestion et de soutien. Le nombre et le profil des agents doivent correspondre aux besoins de la population et des services. Une pénurie de personnel peut entraîner des surcharges de travail et des risques pour les soins. Intégrer les professionnels de santé existants à l'intervention d'urgence.

Lors du recrutement et de la formation du personnel local, veiller à respecter les directives nationales (ou internationales le cas échéant). Le recrutement du personnel international doit être conforme aux réglementations nationales et du ministère de tutelle (vérification des qualifications, en particulier pour la pratique clinique).

Prévoir de soigner les personnes résidant dans des zones rurales ou urbaines difficiles d'accès, notamment les zones proches des conflits. Le personnel est tenu de prodiguer des soins aux personnes de toutes les ethnies, langues et appartenances. Recruter et former des agents de santé moins qualifiés au sein de la communauté, des équipes mobiles et des postes de santé, et de développer de solides mécanismes d'orientation. Des mesures incitatives peuvent être nécessaires pour travailler dans certaines zones difficiles.

Agents de santé communautaire (ASC) : La programmation communautaire avec les ASC (y compris les volontaires) améliore l'accès aux populations difficiles à atteindre (populations marginalisées ou stigmatisées).

En présence de contraintes géographiques ou de problèmes d'acceptabilité dans différentes communautés, un ASC risque de ne pouvoir servir que 300 personnes au lieu des 500 en situation normale.

Le travail des ASC sera variable. Ils seront formés aux premiers secours ou à la gestion des cas et pourront procéder à des contrôles de la santé. Ils doivent être

liés à l'établissement médical le plus proche afin de garantir une surveillance appropriée et des soins intégrés. Souvent, les ASC ne peuvent pas être absorbés par le système de santé une fois l'urgence passée. Dans certains contextes, les ASC peuvent travailler dans des zones rurales uniquement. Un modèle différent peut donc être nécessaire dans les crises urbaines.

Acceptabilité : En répondant aux attentes socioculturelles des personnes, on augmente la participation des patients. Le personnel doit refléter la diversité de la population avec un mélange de différents groupes socio-économiques, ethniques, linguistiques et d'orientation sexuelle, et l'équilibre entre les sexes doit être assuré.

Qualité : Les organisations doivent former et superviser le personnel afin de garantir que leurs connaissances sont à jour et que leurs pratiques sont sûres. Aligner les programmes de formation sur les directives nationales (adaptées aux urgences) ou sur les directives internationales convenues.

Prévoir une formation sur :

- les protocoles cliniques et la gestion des cas ;
- les procédures opérationnelles standards (telles que la PCI, la gestion des déchets médicaux) ;
- la sécurité et la sûreté (adaptées au niveau de risque) ; et
- les codes de conduite (tels que l'éthique médicale, les droits des patients, les principes humanitaires, la protection contre l'exploitation sexuelle et les abus à caractère sexuel) ⊕ cf. *Standard 2.3.2. Soins de santé essentiels – Santé sexuelle et reproductive : Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol et Principes de protection.*

Une surveillance régulière et le contrôle de la qualité encourageront les bonnes pratiques. Une formation ponctuelle ne garantit pas la qualité.

Partager les dossiers des personnes formées, des formateurs, les dates et les lieux avec le ministère de la santé.

Standard 1.3 sur les systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels

Les personnes ont accès à des médicaments et dispositifs médicaux essentiels sûrs, efficaces et de qualité garantie.

Actions clés

- 1 Définir des listes standardisées de médicaments et dispositifs médicaux essentiels pour classer les soins par ordre de priorité.
 - Consulter les listes nationales des médicaments et dispositifs médicaux essentiels dès que possible en cas d'urgence et les adapter à la situation.
 - Porter une attention particulière aux médicaments contrôlés dont l'obtention peut nécessiter un plaidoyer particulier.



- 2 Définir des systèmes de gestion efficaces pour garantir la disponibilité de médicaments et dispositifs médicaux essentiels sûrs.
 - Organiser le transport, le stockage et la chaîne du froid des vaccins ainsi que la collecte et le stockage des produits sanguins.
- 3 Accepter les dons de médicaments et de dispositifs médicaux uniquement s'ils sont conformes aux directives reconnues à l'échelle internationale.

Indicateurs clés

Nombre de jours d'indisponibilité des médicaments essentiels

- Maximum 4 jours sur 30

Pourcentage des établissements médicaux disposant de médicaments essentiels

- Au moins 80 %

Pourcentage des établissements médicaux disposant de dispositifs médicaux essentiels fonctionnels

- Au moins 80 %

La date de péremption de tous les médicaments distribués aux patients n'est pas dépassée

Notes d'orientation

Gestion des médicaments essentiels : Les médicaments essentiels sont les médicaments, les vaccins et les produits sanguins. Une bonne gestion de ces médicaments garantit leur disponibilité mais interdit également les médicaments périmés ou dangereux. Les principales mesures de gestion les concernant comprennent la sélection, les prévisions, l'approvisionnement, le stockage et la distribution.

La **sélection** doit se faire sur la base de la liste des médicaments essentiels nationale. Veiller à combler les éventuelles lacunes portant par exemple sur les maladies non transmissibles, la santé reproductive, le soulagement de la douleur en soins palliatifs, la chirurgie, l'anesthésie, la santé mentale, les médicaments sous contrôle (voir ci-après) ou autres.

Les **prévisions** doivent se faire sur la base de la consommation, des données de morbidité et de l'analyse du contexte. Les médicaments inscrits sur la liste nationale peuvent être en rupture si, entre autres facteurs, la fabrication locale est affectée, les entrepôts sont endommagés ou si l'approvisionnement international est retardé.

Les méthodes **d'approvisionnement** doivent être conformes aux lois nationales, aux réglementations douanières et aux mécanismes d'assurance de la qualité pour l'approvisionnement international. Préconiser des mécanismes améliorés en cas

de retards (par le ministère de la santé, l'organisme de tutelle, les autorités nationales responsables de la gestion des catastrophes ou le coordinateur humanitaire). Si ces systèmes n'existent pas, trouver des produits préqualifiés, non périmés, disponibles dans la langue de la population du pays et des agents de santé.

Stockage : Les médicaments doivent être stockés en toute sécurité tout au long du cycle d'approvisionnement. Les exigences varient selon les produits. Les médicaments ne doivent pas être stockés à même le sol. Prévoir des zones séparées pour les éléments périmés (fermées à clé), les produits inflammables (bien aérées et protégées contre les incendies), les substances contrôlées (sécurité renforcée) et les produits nécessitant le respect de la chaîne du froid ou un contrôle de la température.

Distribution : Définir des mécanismes de transport sûrs, protégés, prévisibles et documentés depuis les stocks centraux jusqu'aux établissements médicaux. Les partenaires peuvent utiliser un système « push » (approvisionnement automatique) ou « pull » (approvisionnement à la demande).

Élimination sûre des médicaments périmés : Empêcher la contamination environnementale et les risques pour les personnes. La réglementation nationale (adaptée aux urgences) ou les orientations internationales doivent être respectées. L'incinération à ultra-haute température est coûteuse et le stockage de produits pharmaceutiques fonctionne uniquement à court terme ⊕ cf. *Standard 6 WASH : WASH dans les établissements de soins.*

Dispositifs médicaux essentiels : Définir et trouver les dispositifs et le matériel nécessaires (notamment les réactifs de laboratoire, les plus grandes machines) à chaque niveau de soins conformément aux normes nationales ou internationales. Prévoir des dispositifs d'aide pour les personnes handicapées. Veiller à une utilisation sûre des dispositifs, grâce notamment à une maintenance régulière et à un approvisionnement en pièces détachées, de préférence au niveau local. Démontez les dispositifs en toute sécurité. Distribuer des dispositifs d'aide et remplacer ceux qui ont été perdus, et fournir des informations claires sur leur utilisation et leur maintenance. Consulter les services de réadaptation pour obtenir des informations sur les dimensions, l'installation, l'utilisation et la maintenance. Éviter toute distribution ponctuelle.

Les **kits préqualifiés** sont utiles aux premières étapes d'une crise ou pour le positionnement préalable à la préparation. Ils contiennent des médicaments et des dispositifs médicaux essentiels préqualifiés et varient selon l'intervention sanitaire. L'OMS est le principal fournisseur de kits de santé d'urgence inter-agences et de kits de lutte contre les maladies non transmissibles, en plus des kits de gestion des diarrhées, des traumatismes et autres. Le Fond des Nations Unies pour la population (FNUAP) est le principal fournisseur de kits de santé sexuelle et reproductive.

Médicaments contrôlés : Les médicaments antidouleur, pour la santé mentale et destinés à endiguer les saignements post-partum sont généralement contrôlés. Comme 80 % des pays à faible revenu n'ont pas accès à des médicaments



antidouleur adéquats, plaider auprès du ministère de la santé et auprès du gouvernement pour améliorer leur disponibilité.

Produits sanguins : Se coordonner avec les services de transfusion sanguine nationaux le cas échéant. Collecter du sang auprès de volontaires uniquement. Tester tous les produits afin de dépister la présence éventuelle du VIH, de l'hépatite B et C, et de la syphilis au minimum, déterminer les groupes sanguins et la compatibilité. Conserver et distribuer les produits en toute sécurité. Former le personnel clinique à l'utilisation rationnelle du sang et des produits sanguins.

Standard 1.4 sur les systèmes de santé : Financement de la santé

Les personnes ont accès à des soins prioritaires et gratuits pendant toute la durée de la crise.

Actions clés

- 1 Prévoir l'annulation des frais d'utilisation ou leur suspension temporaire lorsqu'ils sont facturés par le biais des systèmes gouvernementaux.
- 2 Réduire les coûts indirects ou les autres obstacles financiers à l'accès et à l'utilisation des services.

Indicateurs clés

Pourcentage des établissements médicaux ne facturant pas de frais d'utilisation des soins prioritaires (notamment les consultations, traitements, examens et fourniture de médicaments)

- Objectif : 100 pour cent

Pourcentage des personnes ne réglant pas directement l'accès ou l'utilisation des soins prioritaires (notamment les consultations, traitements, examens et médicaments)

- Objectif : 100 pour cent

Notes d'orientation

Frais d'utilisation : Le fait d'exiger le paiement des services dans les situations d'urgence entrave l'accès et peut dissuader les personnes de venir chercher de l'aide.

La suspension des frais d'utilisation pour les prestataires de santé gouvernementaux entraînera nécessairement des contraintes financières. Prévoir de soutenir les établissements dépendants du ministère de la santé ou des autres fournisseurs responsables en rémunérant le personnel, en prévoyant des incitations, en fournissant des médicaments supplémentaires, des dispositifs médicaux et d'aide.

Si les frais d'utilisation sont provisoirement suspendus, veiller à ce que les utilisateurs disposent d'informations claires sur les délais et les motifs, et surveiller l'accessibilité et la qualité de service.

Les **coûts indirects** peuvent être minimisés par la fourniture de services adéquats au sein des communautés et par l'utilisation de mécanismes de transport et d'orientation planifiés.

Aide monétaire : Les objectifs de la Couverture de santé universelle 2030 indiquent que les personnes doivent bénéficier de soins sans préjudice financier injustifié. Il n'est pas clairement prouvé que l'aide monétaire destinée spécifiquement aux interventions de santé humanitaires dans des contextes humanitaires a un effet positif sur les résultats en matière de santé, conformément à cette édition ⊕ cf. *Qu'est-ce que Sphère ? notamment Fournir l'aide par le biais des marchés.*

L'expérience prouve que l'aide monétaire pour les interventions de santé *peut* être utile si :

- la situation d'urgence est stabilisée ;
- il existe un service prévisible de soutien, des soins prénataux ou de la gestion des maladies chroniques par exemple ;
- le comportement est positif vis-à-vis de la santé et la demande est élevée ; et
- d'autres besoins critiques des ménages tels que la nourriture et le logement sont couverts.

Standard 1.5 sur les systèmes de santé : Informations médicales

Les soins de santé sont fondés sur la preuve grâce à la collecte, l'analyse et l'utilisation de données de santé publique pertinentes.

Actions clés

- 1 Renforcer et développer un système d'informations médicales qui fournira des informations actualisées, suffisantes, exactes et une intervention de santé équitable.
 - Veiller à ce que le système d'information médicale implique tous les acteurs, soit simple à mettre en oeuvre et simple à collecter, analyser et interpréter l'information pour mener l'intervention.
- 2 Renforcer ou développer des mécanismes d'alerte précoce et d'intervention (API) en cas de catastrophes pour tous les risques nécessitant une intervention immédiate.
 - Décider des événements et maladies prioritaires à inclure en fonction du profil de risque épidémiologique et du contexte de l'urgence.
 - Incorporer des composants établis sur des événements et des indicateurs.



- 3 Définir et utiliser des données et des définitions opérationnelles communes.
 - Prévoir des dénominateurs communs, telle que la population, la taille de la famille et une ventilation par âge.
 - Définir des zones administratives et des codes géographiques.
- 4 Définir des procédures opérationnelles standards pour tous les acteurs de santé lorsque des informations médicales sont utilisées.
- 5 Mettre en place des mécanismes permettant de protéger les données garantissant les droits et la sécurité des personnes, des unités de référence et/ou des populations.
- 6 Aider l'acteur principal à compiler, analyser, interpréter et diffuser des informations médicales à tous les acteurs dans les meilleurs délais et de manière régulière, et pour guider la prise de décisions des programmes de santé.
 - Inclure la couverture et l'utilisation de services de santé, ainsi que l'analyse et l'interprétation des données épidémiologiques.

Indicateurs clés

Pourcentage des rapports API/de surveillance complets présentés à temps

- Au moins 80 %

Fréquence des rapports d'informations médicales produits par l'acteur de santé principal

- Au minimum tous les mois

Notes d'orientation

Système d'informations médicales : Un système d'informations médicales qui fonctionne bien assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables et pertinentes sur les facteurs déterminants pour la santé, la performance des systèmes médicaux et la situation sanitaire. Les données peuvent être qualitatives ou quantitatives et être collectées à partir de différentes sources : recensements, état civil, enquêtes sur la population, enquêtes sur les besoins perçus, dossiers individuels et rapports sur les établissements médicaux (tels que les systèmes de gestion des informations médicales). Elles doivent être suffisamment flexibles pour incorporer et refléter des difficultés imprévues, telles que les flambées épidémiques ou l'effondrement total du système ou des services de santé. Ces informations permettront de repérer les problèmes et les besoins à tous les niveaux du système de santé.

Les informations manquantes doivent être collectées par le biais d'évaluations ou d'enquêtes. Étudier le mouvement transfrontalier des personnes et les informations nécessaires ou disponibles. Analyser régulièrement qui fait quoi et où.

Les **Systèmes de gestion des informations de santé (SGIS) ou les rapports de routine** utilisent les informations médicales générées par les établissements médicaux pour évaluer la performance de prestation de soins. Ils permettent de suivre la réalisation d'interventions spécifiques, le traitement des affections et la gestion des ressources (médicaments, ressources humaines, taux d'utilisation).

La **surveillance de la santé** correspond à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation continues et systématiques des données médicales. La surveillance des maladies permet de contrôler spécifiquement différentes maladies et leur schéma de progression. Elle est souvent consignée dans des rapports SGIS.

La procédure d'**alerte précoce et d'intervention (API)** fait partie d'un système de surveillance médicale de routine. Elle détecte et génère une alerte pour tous les événements de santé publique qui requièrent une intervention immédiate tels que l'empoisonnement chimique ou les maladies à tendance épidémique ⊕ cf. *Standard 2.1.2 Soins de santé essentiels – Maladies transmissibles : Surveillance, détection des flambées épidémiques et intervention précoce.*

Procédures opérationnelles standards : Établir des définitions communes et des moyens de diffuser des informations en différents points géographiques, à différents niveaux de soins et parmi les acteurs de santé. Au minimum, se mettre d'accord sur :

- la définition des cas ;
- les indicateurs des éléments à contrôler ;
- les unités de référence (telles que les cliniques mobiles, les hôpitaux de campagne, les postes sanitaires) ;
- les voies de communication ; et
- la fréquence de présentation, d'analyse et de production des données.

Ventilation des données : Les données médicales doivent être ventilées par sexe, âge, handicap, populations déplacées et hôtes, contexte (situation de camp/non-camp) et niveau administratif (région, district) pour orienter la prise de décisions et détecter les inégalités pour les groupes à risques.

Pour l'API, ventiler les données de morbidité et de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans et de plus de 5 ans. L'objectif est de générer rapidement une alerte ; les données moins détaillées sont acceptables. Les données des enquêtes épidémiologiques, la recherche de contacts, les listes de cas et tout autre suivi des tendances des maladies doivent être ventilés.

Gestion des données, sécurité et confidentialité : Prendre les précautions adéquates pour protéger la sécurité des personnes et des données. Le personnel ne doit jamais partager d'informations sur les patients avec des personnes non impliquées directement dans les soins sans l'autorisation des patients. Porter une attention particulière aux personnes présentant une déficience intellectuelle, mentale ou sensorielle susceptible d'affecter leur capacité à donner un consentement éclairé. Il convient de rappeler que les personnes qui vivent avec certaines maladies telles



que le VIH peuvent ne pas l'avoir annoncé aux membres de leur famille. Traiter avec une attention particulière les données associées à des blessures résultant d'actes de torture ou d'autres violations des droits de l'homme, notamment les agressions sexuelles. Envisager d'en informer les acteurs ou institutions concernés si la personne donne un consentement éclairé ⊕ cf. *Principe de protection n° 1* et *Engagement n° 4 de la Norme humanitaire fondamentale*.

Menaces qui pèsent sur les soins de santé : Les menaces qui pèsent sur les agents de santé, ou tout incident violent impliquant des agents de santé, doivent être signalés par l'intermédiaire de mécanismes nationaux et locaux convenus ⊕ cf. *Concepts essentiels en matière de santé (ci-dessus)* et *Références et bibliographie complémentaire (ci-après)*.

2. Soins de santé essentiels

Les soins de santé essentiels traitent les principales causes de mortalité et de morbidité d'une population touchée par une crise. Se coordonner avec les ministères de la santé et les acteurs de santé officiels pour s'accorder sur les services à fournir en priorité, le moment et le lieu. Établir les priorités selon le contexte, l'évaluation des risques et les preuves disponibles.

Une population touchée par une crise aura des besoins nouveaux, différents et changeants. Les personnes peuvent être confrontées à une surpopulation, à des déplacements multiples, à la malnutrition, à un manque d'accès à l'eau ou à un conflit permanent. L'âge, le sexe, le handicap, la séropositivité VIH et l'identité ethnique ou linguistique peuvent aussi influencer les besoins et constituer des barrières importantes à l'accès aux soins. Étudier les besoins des personnes qui vivent dans des lieux difficiles d'accès ou dont les services sont insuffisants.

Convenir de services prioritaires avec le ministère de la santé et les autres acteurs du domaine en se concentrant sur les risques les plus probables et susceptibles de provoquer la plus forte morbidité et mortalité. Les programmes de santé doivent fournir des soins appropriés, efficaces, en tenant compte du contexte, de la logistique et des ressources nécessaires. Les priorités peuvent changer au fur et à mesure que la situation s'améliore ou se détériore. Cet exercice doit être conduit de manière régulière, en fonction des informations disponibles et de l'évolution du contexte.

Une fois que les taux de mortalité ont baissé ou qu'une situation s'est stabilisée, des services de santé plus complets peuvent être envisagés. Dans les situations qui se prolongent, cela peut prendre la forme d'un ensemble de services de santé essentiels définis au niveau national.

Cette section souligne les soins de santé minimum essentiels dans les zones clés de l'intervention d'urgence : maladies transmissibles, santé infantile, santé sexuelle et reproductive, soins des blessures et traumatismes, santé mentale, maladies non transmissibles et soins palliatifs.

2.1 Maladies transmissibles

Une crise humanitaire, qu'elle soit le résultat d'une catastrophe naturelle, d'un conflit ou d'une famine, entraîne souvent une augmentation de la morbidité et de la mortalité due à des maladies transmissibles. Les personnes qui se déplacent vers des zones d'hébergements communautaires ou des abris bondés sont exposées à certaines maladies comme les diarrhées et la rougeole, qui se propagent rapidement. L'endommagement des installations sanitaires ou le manque d'eau potable entraîne une transmission rapide des maladies transmises par les vecteurs ou par l'eau. La baisse de l'immunité de ces populations entraîne une



augmentation de la vulnérabilité aux maladies. La défaillance des systèmes de santé peut interrompre le traitement à long terme, contre le VIH et la tuberculose par exemple, la vaccination de routine et le traitement de maladies simples telles les infections respiratoires.

Les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la rougeole et le paludisme représentent encore la plus grande morbidité au sein des populations touchées par une crise. La malnutrition aiguë aggrave ces maladies, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées.

Dans le cadre d'une crise, l'objectif est d'éviter dès le début les maladies transmissibles, de gérer les cas et de garantir une intervention rapide et appropriée en cas de flambée.

Les interventions visant à lutter contre les maladies transmissibles doivent inclure la prévention, la surveillance, la détection des épidémies, le diagnostic et la gestion des cas, ainsi qu'une intervention en cas de flambées.

Standard 2.1.1 sur les maladies transmissibles : Prévention

Les personnes ont accès aux soins de santé et aux informations, ce qui empêche la propagation des maladies transmissibles.

Actions clés

- 1 Déterminer le risque de maladies transmissibles dans la population concernée.
 - Consulter les informations médicales préexistantes le cas échéant et les données de surveillance, ainsi que la situation nutritionnelle et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.
 - Procéder à des évaluations des risques auprès de la population concernée, notamment auprès des responsables locaux et des professionnels de santé.
- 2 Travailler avec les autres secteurs pour élaborer des mesures de prévention générales et définir des programmes intégrés de promotion de la santé au niveau communautaire.
 - Prendre en compte les peurs spécifiques, les rumeurs et les croyances susceptibles de nuire aux comportements sains.
 - Se coordonner avec les autres secteurs qui participent à la communication, les promoteurs d'hygiène ou les agents de nutrition communautaires afin d'émettre un message cohérent.
- 3 Mettre en place des mesures de vaccination afin de prévenir les maladies.
 - Déterminer le besoin de campagnes de vaccination contre certaines maladies transmissibles spécifiques sur la base du risque, de la faisabilité et du contexte.

- Reprendre dès que possible la vaccination de routine via le programme de vaccination préexistant.
- 4 Mettre en place des mesures de prévention spécifiques aux maladies si nécessaire.
- Fournir et garantir aux patients hospitalisés des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) dans les zones exposées au paludisme.
- 5 Mettre en place des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) à tous les niveaux des soins de santé en fonction des risques ⊕ cf. *Standard 1.1 Systèmes de santé* et *Standard 6 : WASH dans les établissements de soins*.

Indicateurs clés

Pourcentage des personnes adoptant les pratiques clés promues dans les activités et messages d'éducation à la santé

Pourcentage des foyers touchés indiquant avoir reçu les informations appropriées sur les risques associés aux maladies transmissibles et les actions de prévention

Pourcentage des foyers touchés pouvant décrire trois mesures qu'ils ont adoptées pour empêcher la propagation des maladies transmissibles

Tous les patients hospitalisés dans des établissements de soins bénéficient de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) dans les zones exposées au paludisme

L'incidence des principales maladies transmissibles est stable ou n'est pas supérieure au niveau d'avant-crise

Notes d'orientation

Évaluations des risques : Procéder à des évaluations des risques auprès de la population concernée, des responsables locaux et des professionnels de santé. Analyser les risques liés au contexte et à l'environnement, les zones d'hébergements communautaires et les zones urbaines surpeuplées par exemple. Étudier les différents segments de la population afin de définir les facteurs spécifiques aux maladies, la faible immunité et les autres risques.

Mesures de prévention intersectorielles : Élaborer des mesures de prévention générales pour une hygiène appropriée, l'élimination des déchets, une eau saine en quantité suffisante et la gestion des vecteurs. L'adéquation, l'espace et la ventilation des abris peuvent contribuer à réduire la transmission. L'allaitement exclusif et l'accès à une nutrition adéquate contribuent directement à la situation sanitaire ⊕ cf. *Engagement n° 3 de la Norme humanitaire fondamentale, Standard 1.1 WASH sur l'hygiène, Standards 2.1 et 2.2 WASH sur l'approvisionnement en eau,*



Standards 5.1 à 5.3 sur la gestion des déchets solides, Standard 2 sur les abris et l'habitat, et Standards 4.1 et 4.2 sur la sécurité alimentaire et la nutrition - Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Promotion de la santé : Inviter les communautés à fournir des informations sous des formes et dans des langues accessibles aux personnes âgées, handicapées, aux femmes et aux enfants. Prendre le temps de tester et de valider les messages sur les problèmes sensibles.

Vaccination : La décision de lancer une campagne de vaccination se fera en fonction de trois facteurs :

1. Une **évaluation des facteurs de risques généraux** tels que malnutrition, forte prévalence des maladies chroniques, surpopulation, conditions WASH inadéquates, et des risques spécifiques à certaines maladies liés par exemple à la géographie, au climat, à la saison et à l'immunité de la population.
2. La **faisabilité d'une campagne** sur la base d'une évaluation des caractéristiques du vaccin, notamment la disponibilité, l'efficacité, la sécurité, avec un ou plusieurs antigènes, par voie orale ou par injection, et la stabilité. Examiner les facteurs opérationnels tels que l'accès à la population, les contraintes de temps, le transport, les exigences matérielles, le coût et la possibilité d'obtenir le consentement éclairé.
3. Le **contexte général**, notamment les contraintes éthiques et pratiques telles que l'opposition de la communauté, les inégalités liées au manque de ressources et les contraintes politiques et sécuritaires, ou les menaces connues qui pèsent sur les vaccinateurs.

⊕ cf. *Standard 2.2.1 sur la santé infantile : Maladies infantiles évitables par la vaccination et Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë : Cadre pour la prise de décisions, OMS, 2017*, qui couvre 23 antigènes notamment le choléra, la méningite, la rougeole et le rotavirus.

Prévention du paludisme : Dans les zones de paludisme à transmission élevée à modérée, fournir des MILDA aux personnes souffrant de malnutrition sévère et à leurs familles, aux femmes enceintes, aux enfants de moins de 5 ans, aux enfants non accompagnés et aux personnes séropositives au VIH. Classer ensuite par ordre de priorité les personnes concernées par l'alimentation complémentaire (foyers avec enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes).

Offrir une chimioprophylaxie aux femmes enceintes selon les protocoles nationaux et les schémas de résistance. Dans les zones exposées à une mortalité élevée due à la malnutrition et à la rougeole, envisager une chimioprophylaxie saisonnière ciblée contre le paludisme.

Maladies transmises par le moustique Aedes : La dengue, le chikungunya, le virus Zika et la fièvre jaune sont transmis par le moustique *Aedes*. Prévenir les maladies

par une gestion intégrée des vecteurs. Les personnes doivent porter des vêtements protégeant contre les piqûres et les ménages doivent appliquer les bonnes pratiques de gestion des eaux et des déchets, utiliser des répulsifs ou installer des MILDA pour les jeunes enfants et les nourrissons qui dorment dans la journée ⊕ cf. *Standard 4.2 sur le contrôle des vecteurs : Actions individuelles et au niveau du foyer pour lutter contre les vecteurs.*

Standard 2.1.2 sur les maladies transmissibles : Surveillance, détection des flambées épidémiques et intervention précoce

Les systèmes de surveillance et de consignation permettent une détection précoce des flambées épidémiques et une intervention rapide.

Actions clés

- 1 ⊕ Renforcer ou définir un mécanisme d'alerte précoce et d'intervention spécifique au contexte (API).
 - Décider des maladies et des événements prioritaires à inclure selon le risque épidémiologique.
 - Former les agents de santé à tous les niveaux sur les maladies et mécanismes prioritaires afin d'informer les autorités sanitaires et de générer une alerte.
 - Diffuser des rapports API hebdomadaires à tous les acteurs afin que les actions nécessaires soient prises.
- 2 ⊕ Mettre en place des équipes d'enquêtes épidémiologiques.
 - Veiller à lancer rapidement des actions lorsqu'une alerte est générée.
 - Lancer des enquêtes à distance lorsque les équipes n'ont pas accès aux populations touchées, dans les zones de conflits actifs par exemple.
- 3 ⊕ Veiller à ce que des échantillons puissent être testés via des tests de diagnostic rapides ou dans des laboratoires afin de confirmer une épidémie ⊕ cf. *Standard 2.1.3 Soins de santé essentiels – Maladies transmissibles : Diagnostic et gestion des cas.*

Indicateurs clés

Pourcentage des alertes signalées en 24 heures

- 90 %

Pourcentage des alertes signalées et vérifiées en 24 heures

- 90 %

Pourcentage des alertes vérifiées et examinées en 24 heures

- 90 %



Notes d'orientation

Alerte précoce et intervention (API) : En collaboration avec tous les acteurs, notamment le ministère de la santé, les partenaires et la communauté, renforcer et définir un système API représentatif de la population concernée ⊕ cf. *Standard 1.5 Systèmes de santé : Informations médicales*. Le système doit être capable de détecter les rumeurs, les événements inhabituels et d'obtenir les rapports de la communauté.

Surveillance et alerte précoce : Renforcer le système API avec les partenaires, convenir d'unités de référence, de flux de données, d'outils de présentation des informations, de définitions des cas et d'une fréquence pour la production des rapports.

Génération d'alertes et signalement : Les alertes sont des événements médicaux inhabituels qui peuvent signaler les premiers stades d'une flambée épidémique. Définir des seuils d'alerte spécifiques à chaque maladie et les transmettre dès que possible. Utiliser des rapports d'événements à déclaration immédiate émis par les agents de santé ou analyser des rapports avec indicateurs (fréquence hebdomadaire ou plus élevée). Consigner immédiatement toutes les alertes et les adresser aux équipes d'enquêtes épidémiologiques qui les vérifieront.

Vérification des alertes : Vérifier les alertes dans un délai de 24 heures. La vérification peut être réalisée à distance, par téléphone par exemple, et implique la collecte d'autres données et l'analyse des cas selon les symptômes, la date d'apparition, le lieu, le sexe, l'âge, les incidences sur la santé et les diagnostics différentiels.

Détection des flambées épidémiques : Si une alerte est vérifiée, une enquête de terrain doit être menée dans un délai de 24 heures. S'assurer que les équipes ont les compétences suffisantes pour vérifier les alertes, mener les études de terrain, détecter une flambée épidémique suspecte et prélever des échantillons de laboratoire. L'enquête confirmera une flambée si un seuil épidémique est atteint ou déterminera si l'alerte reflète des cas sporadiques ou des pics saisonniers.

Étudier les cas, prélever des échantillons et évaluer les risques. Voici les résultats possibles :

- il ne s'agit pas d'un cas ;
- un cas est confirmé mais il ne s'agit pas d'une flambée ; ou
- un cas est confirmé et une flambée est suspectée/confirmée.

Certaines flambées ne peuvent être confirmées que par une analyse en laboratoire ; toutefois, même les flambées suspectes peuvent exiger une action immédiate.

Enquête sur les flambées et intervention précoce : Continuer à enquêter sur une flambée suspecte afin de savoir si elle est confirmée ou non. Déterminer la cause/ source, les personnes concernées, les modes de transmission et les personnes à risque afin de prendre les mesures de contrôle appropriées.

Procéder à des enquêtes épidémiologiques descriptives, notamment :

- les cas, les décès et les personnes, le moment et le lieu d'apparition afin de réaliser une courbe épidémique et une carte des sites touchés ;
- fournir de simples listes sur cas et analyser l'étendue de la flambée, par exemple le nombre d'hospitalisations, les complications, le taux de létalité ; et
- calculer les taux d'attaque sur la base des chiffres concrets relatifs à la population.

Élaborer une hypothèse décrivant l'exposition et la maladie. Étudier l'agent pathogène, la source et le mode de transmission.

Évaluer l'hypothèse et convenir d'une définition des cas de flambée épidémique. Elle peut être plus spécifique qu'une définition de base utilisée dans le cadre d'une surveillance. Une fois que les analyses de laboratoire auront confirmé une flambée à partir de multiples sources, suivre la définition des cas de flambée épidémique ; il sera sans doute inutile de continuer à prélever des échantillons.

Seuils d'alerte et d'épidémie

| | Seuil d'alerte | Seuil épidémique |
|--------------------------------------|---|---|
| Choléra | 2 cas, avec une diarrhée aqueuse aiguë et une déshydratation sévère chez les personnes âgées de 2 ans et plus, ou décès dus à des diarrhées aqueuses aiguës dans la même zone à une semaine d'intervalle 1 décès dû à une diarrhée aqueuse aiguë chez une personne âgée de 5 ans ou plus 1 cas de diarrhée aqueuse aiguë, testé positif au choléra par un diagnostic rapide dans une zone | 1 cas confirmé |
| Fièvre jaune | 1 cas | 1 cas |
| Fièvres hémorragiques virales | 1 cas | 1 cas |
| Méningite | 2 cas en une semaine (sur une population <30 000) 3 cas en une semaine (sur une population de 30 000 à 100 000) | 5 cas en une semaine (sur une population <30 000) 10 cas pour 100 000 personnes en une semaine (sur une population de 30 000 à 100 000) 2 cas confirmés en une semaine dans un camp |
| Rougeole | 1 cas | Défini au niveau national |
| Paludisme | Décidé au niveau national selon le contexte | Décidé au niveau national selon le contexte |



Communiquer et mettre à jour rapidement et régulièrement les résultats. Mettre en place dès que possible des mesures de contrôle pour la population.

Toutes ces activités peuvent être mises en place en même temps, en particulier en cas de flambée épidémique déclarée ⊕ cf. *Standard 2.1.4 Soins de santé essentiels – Maladies transmissibles : Préparation et intervention en cas de flambée épidémique.*

Standard 2.1.3 sur les maladies transmissibles : Diagnostic et gestion des cas

Les personnes ont accès à un diagnostic et à un traitement efficaces contre les maladies infectieuses qui contribuent de manière plus significative à réduire la morbidité et à la mortalité.

Actions clés

- 1 Préparer des messages clairs encourageant les personnes à demander des soins en cas de symptômes tels qu'une fièvre, une toux et une diarrhée.
 - Préparer des documents écrits, des messages radio ou sur les téléphones mobiles sous des formats et dans des langues accessibles.
- 2 Utiliser les protocoles standard de gestion des cas pour fournir les soins de santé.
 - Envisager de mettre en place la gestion des cas à l'échelle de la communauté, par exemple pour le paludisme, la diarrhée et la pneumonie.
 - Adresser les cas graves à des niveaux de soins supérieurs ou les isoler.
- 3 Fournir une capacité adéquate de diagnostic et d'analyse en laboratoire, du matériel, et un processus d'assurance qualité.
 - Déterminer l'utilisation de tests diagnostiques ou de laboratoire rapides pour les agents pathogènes, et le niveau de soins qu'ils nécessitent (par exemple : tests de diagnostic rapides dans la communauté).
- 4 Veiller à ne pas interrompre le traitement des personnes bénéficiant de soins à long terme pour les maladies transmissibles telles que la tuberculose (TB) et le VIH.
 - N'introduire des programmes de contrôle de la TB qu'une fois les critères reconnus satisfaits.
 - Collaborer avec les programmes du VIH afin de garantir les soins de santé pour ceux qui sont atteints de la co-infection VIH-TB.

Indicateurs clés

Pourcentage des centres de santé qui soutiennent une population touchée par une crise en utilisant des protocoles de traitement standardisés pour une maladie spécifiée

- Procéder à un examen mensuel des dossiers pour surveiller les tendances

Pourcentage des cas suspects confirmés par une méthode de diagnostic déterminée par un protocole établi

Notes d'orientation

Protocoles de traitement : Les protocoles doivent comprendre un dispositif de diagnostic, de traitement et d'orientation. Si ce dispositif n'est pas disponible dans le cadre d'une crise, envisager une orientation internationale. Comprendre les schémas de résistance aux médicaments (en tenant compte des déplacements), en particulier pour le paludisme, la TB et la typhoïde. Étudier les groupes à haut risque comme les enfants de moins de 2 ans, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes vivant avec le VIH et les enfants souffrant de malnutrition sévère, plus exposés à certaines maladies transmissibles.

Infections respiratoires aiguës : Dans les situations de crise, la vulnérabilité augmente avec la surpopulation, la présence de fumée à l'intérieur et la mauvaise ventilation, mais aussi en cas de malnutrition et/ou de carence en vitamine A. Réduire les taux de létalité par une identification rapide, l'administration d'antibiotiques oraux et l'orientation des cas graves.

Diarrhée et diarrhée sanglante : Contrôler les taux de mortalité par une accessibilité améliorée, des traitements de réhydratation orale et une supplémentation en zinc au niveau du ménage, de la communauté ou des soins primaires. Le traitement peut être administré aux points de réhydratation orale de la communauté.

Gestion des cas dans la communauté : Les patients atteints de paludisme, de pneumonie ou de diarrhée peuvent être traités par les ASC formés. Veiller à ce que tous les programmes soient liés et supervisés par l'établissement médical le plus proche. Garantir un accès équitable et impartial pour tous.

Tests en laboratoire : Établir un réseau spécialisé de laboratoires nationaux, régionaux et internationaux pour tester les prélèvements. Garantir un test de diagnostic rapide pour le paludisme, le choléra, la dengue et l'hémoglobine. Fournir un milieu de transport approprié pour les échantillons à tester pour les autres pathogènes (tels que le milieu Cary-Blair pour le choléra).

Former les agents de santé aux méthodes de diagnostic, à l'assurance qualité et aux prélèvements d'échantillons, au transport et à la documentation. Développer un protocole de test définitif dans les laboratoires de référence au niveau national, régional ou international. Les tests définitifs comprennent des cultures



de spécimens, des tests sérologiques ou d'antigènes, des tests d'ARN pour la fièvre jaune, les fièvres hémorragiques virales et l'hépatite E. Établir des protocoles sur les mécanismes de transport sûrs des agents pathogènes, en particulier pour la fièvre hémorragique virale, la peste ou autres maladies similaires. Étudier la réglementation en matière d'aviation pour le transport d'échantillons par voie aérienne.

Le contrôle de la **tuberculose** (TB) est complexe à cause de l'augmentation de la résistance aux médicaments. Établir des programmes uniquement si l'accès continu à la population et les soins sont assurés pendant au moins 12 à 15 mois. La TB multi-résistante (TB MR, qui résiste à deux médicaments principaux anti-TB, l'isoniazide et la rifampicine) et la TB ultra-résistante aux médicaments (XDR TB, qui résiste à quatre médicaments principaux anti-TB) ont été identifiées. Ces deux types requièrent des traitements plus longs, plus coûteux et plus complexes. En situation de crise, il est souvent difficile d'accéder aux tests de sensibilité et de diagnostic nécessaires pour garantir une sélection correcte et l'utilisation de médicaments contre la TB.

Standard 2.1.4 sur les maladies transmissibles : Préparation et intervention en cas de flambée épidémique

Les flambées épidémiques sont correctement préparées et contrôlées rapidement et efficacement.

Actions clés

- 1 Élaborer et diffuser un plan de préparation et d'intervention intégré en cas de flambées épidémiques en partenariat avec tous les acteurs et tous les secteurs.
 - Centrer la formation sur le personnel clé dans les domaines à haut risque.
 - Prépositionner les médicaments essentiels, les dispositifs médicaux, les tests rapides, les EPIP et les kits (pour le choléra et une maladie diarrhéique par exemple) dans les régions à risque d'épidémie et dans les zones dont l'accès est limité.
- 2 Mettre en place des mesures de contrôle spécifiques aux maladies une fois qu'une flambée a été détectée.
 - Déterminer le besoin de campagnes de vaccination ciblées.
 - Augmenter les mesures de PCI, notamment en organisant des zones d'isolement pour le choléra, l'hépatite E ou d'autres flambées.
- 3 Créer et coordonner la capacité d'intervention et de logistique spécifique aux flambées.
 - Garantir une capacité de transport et de stockage suffisante pour les médicaments et le matériel, notamment une chaîne du froid pour les vaccins.

- Renforcer la capacité des installations médicales, avec des tentes pour le choléra et la méningite par exemple.
 - Garantir l'accès et le transport vers les laboratoires aux niveaux local, national et international pour tester les échantillons.
- 4 Travailler en coordination avec d'autres secteurs en cas de besoin, pour la protection des enfants par exemple.

Indicateurs clés

Pourcentage du personnel de santé des régions à haut risque formé au plan et aux protocoles d'intervention en cas de flambée épidémique

Le taux de létalité est réduit à un niveau acceptable

- Choléra <1 %
- Méningite <15 %
- Hépatite E <4 % dans la population générale, 10-50 % chez les femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse
- Diphtérie (respiratoire) <5-10 %
- Coqueluche <4 % chez les enfants d'1 an, <1 % chez les enfants âgés d'1 à 4 ans
- Dengue <1 %

Notes d'orientation

Plan de préparation et d'intervention en cas de flambée épidémique : Il doit être élaboré avec les partenaires de la santé, le ministère de la santé, les membres et responsables de la communauté. Les secteurs WASH, de la nutrition, des abris, et des partenaires de l'éducation, le gouvernement hôte, les prisons et les militaires (le cas échéant) doivent aussi être impliqués. Vérifier si d'autres services de santé critiques ne sont pas engagés dans l'intervention en réponse à la flambée épidémique.

Le plan doit définir :

- le mécanisme de coordination de l'intervention dans le cadre de la flambée épidémique aux niveaux national, sous-national et communautaire ;
- les mécanismes de mobilisation de la communauté et la communication des risques ;
- le renforcement de l'API : surveillance de la maladie, détection des flambées épidémiques, enquête (épidémiologique) sur les flambées ;
- la gestion des cas ;
- des mesures de contrôle spécifiques aux maladies et au contexte ;
- des mesures intersectorielles ;
- des protocoles sur le transport sûr et les voies d'acheminement des échantillons pour les enquêtes de laboratoire ;



- des plans d'urgence pour le développement des services à différents niveaux de soins, notamment la création de zones d'isolement dans les centres de traitement ;
- les capacités des équipes de contrôle des flambées et les exigences ponctuelles du personnel de santé ; et
- la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins, des dispositifs médicaux, des fournitures de laboratoire et des équipements de protection destinés aux agents de santé, notamment l'approvisionnement international (réserves mondiales de vaccins, par exemple).

Le **contrôle des flambées épidémiques** repose sur une communication adéquate des risques et des équipes dédiées au contrôle des flambées épidémiques. Endiguer complètement l'épidémie de façon à ce qu'elle ne s'étende pas à de nouvelles zones et de façon à réduire le nombre de nouveaux cas en cas de flambée. Cela exige un dépistage actif des cas, un diagnostic et une gestion rapides des cas. Prévoir des zones d'isolement si nécessaire (pour le choléra ou l'hépatite E par exemple). Améliorer le contrôle des vecteurs afin de réduire l'exposition aux infections, utiliser des MILDA et adopter un comportement amélioré en matière d'hygiène.

Campagnes de vaccination

Méningite : Les sérogroupes A, C, W et Y peuvent entraîner des flambées épidémiques en situation de crise. Les vaccins contre les sérogroupes A et C sont disponibles en cas d'épidémies. La vaccination de routine en situation de crise n'est pas recommandée et n'est pas possible pour les sérogroupes C et W. Cibler la vaccination pour des groupes d'âge spécifiques selon les taux d'attaque connus ou les personnes âgées de 6 mois à 30 ans. Étant donné qu'une ponction lombaire doit être effectuée pour un diagnostic définitif, élaborer une définition claire des cas.

Fièvre hémorragique virale : La prise en charge et le diagnostic des fièvres hémorragiques virales telles que l'Ebola ou la fièvre de Lassa, reposent sur des directives nationales et internationales strictes. Cela comprend des protocoles sur les nouveaux vaccins et des méthodes de traitement novatrices. L'engagement effectif de la communauté pendant ces flambées épidémiques est essentiel.

Fièvre jaune : La vaccination de masse est recommandée dès qu'un cas a été confirmé dans une zone d'établissement de populations déplacées et hôtes. Elle doit être associée à des mesures de contrôle du vecteur *Aedes* et à un strict isolement des cas.

Poliomyélite : La poliomyélite est incluse dans le programme élargi de l'OMS sur l'immunisation et la vaccination doit être relancée dès les premières étapes d'une situation d'urgence. Mener une vaccination de masse si un cas de poliomyélite paralytique est détecté.

Choléra : Des protocoles clairs de traitement et en cas de flambées épidémiques doivent être disponibles et coordonnés entre les secteurs. Utiliser les vaccins anticholéra selon le cadre de l'OMS et compléter les stratégies existantes pour le contrôle du choléra.

Hépatites A et E : Elles présentent un risque important, en particulier dans les camps de réfugiés. Prévenir et contrôler les flambées en améliorant les mesures d'assainissement et d'hygiène, et l'accès à l'eau potable.

Rougeole : ⊕ cf. *Standard 2.2.1 Soins de santé essentiels – Santé infantile : Maladies infantiles à prévention vaccinale.*

Coqueluche ou diphtérie : Les épidémies de coqueluche sont courantes lorsque des personnes sont déplacées. Étant donné les risques pour les destinataires les plus âgés du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP), il convient de rester prudent concernant toute éventuelle campagne de vaccination associée à une épidémie de coqueluche. Utiliser une flambée épidémique pour corriger les lacunes en matière de vaccination de routine. La gestion des cas comprend un traitement antibiotique pour les personnes atteintes et un traitement prophylactique précoce pour les personnes en contact au sein des foyers hébergeant un nourrisson ou une femme enceinte. Les épidémies de diphtérie sont moins courantes mais constituent toujours une menace dans les sites surpeuplés faiblement immunisés contre la diphtérie. Dans les camps, les campagnes de vaccination massive contre la diphtérie avec trois doses séparées de vaccin ne sont pas rares. La gestion des cas comprend l'administration simultanée d'antitoxines et d'antibiotiques.

Taux de létalité : Les taux de létalité acceptables pour les maladies spécifiques varient selon le contexte et l'immunité existante. Essayer de réduire autant que possible les taux de létalité. Des taux de létalité élevés peuvent indiquer un manque d'accès à des soins de santé appropriés, une présentation et une prise en charge tardives des cas, des comorbidités significatives dans la population ou des soins de mauvaise qualité. Contrôler souvent le taux de létalité et prendre des mesures correctives immédiates s'il est supérieur au taux attendu.

Prise en charge des enfants : Au cours des flambées épidémiques, les enfants doivent être considérés comme un groupe spécifique au moment d'élaborer et de mettre en place des programmes. Coordonner et orienter les enfants vers les différents secteurs de la protection des enfants et de la santé. Tenir compte des risques de séparation des enfants et de leurs parents. Les risques peuvent être dus à la morbidité et à la mortalité des parents ou à la conception du programme. Il convient d'éviter la séparation de familles et de garantir que les parents ou les enfants acceptent le traitement. Prendre des mesures pour maintenir les infrastructures scolaires ouvertes, en pensant à mettre en place les procédures de contrôle et d'éducation à la santé nécessaires.

2.2 Soins de santé essentiels – Santé infantile

En situation de crise, les enfants sont encore plus vulnérables aux infections, aux maladies et aux autres risques pour leur santé et leur vie. Non seulement leurs conditions de vie sont détériorées mais les programmes de vaccination sont également interrompus. Les risques sont encore plus importants pour les enfants non accompagnés et séparés.



Une intervention concertée centrée sur les enfants est requise. Au départ, elle sera centrée sur les soins vitaux mais les interventions doivent en définitive soulager les souffrances et promouvoir la croissance et le développement. Les programmes doivent lutter contre les principales causes de morbidité et de mortalité. Au niveau mondial, ces risques concernent les infections respiratoires, la diarrhée, la rougeole, le paludisme, la malnutrition et les accidents liés à la période néonatale.

Standard 2.2.1 sur la santé infantile : Maladies à prévention vaccinale

Les enfants âgés de 6 mois à 15 ans sont immunisés contre la maladie et ont accès aux services réguliers du Programme élargi de vaccination (PEV) pendant les périodes de crise.

Actions clés

- 1 Déterminer tout besoin éventuel de vaccination et l'approche à adopter dans le cadre de l'urgence.
 - Pour ce faire, recourir à une évaluation des risques (p. ex. la population, la saison), de la faisabilité de la campagne (p. ex. le besoin de doses multiples, la disponibilité) et du contexte (p. ex. la sécurité et les besoins concurrents). Il peut s'agir d'un processus continu qui évoluera avec la crise ⊕ cf. *Standard 2.1.1 Soins de santé essentiels - Maladies transmissibles : Prévention.*
- 2 Lancer une campagne de vaccination massive contre la rougeole pour les enfants âgés de 6 mois à 15 ans, indépendamment de l'historique de vaccination contre la rougeole, lorsque la couverture estimée de la rougeole est inférieure à 90 % ou inconnue.
 - Inclure de la vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois.
 - Veiller à ce que tous les nourrissons vaccinés entre six et neuf mois reçoivent une autre dose de vaccin antirougeole à neuf mois.
- 3 Rétablir le programme élargi de vaccination (PEV) dès que possible.
 - Veiller à ce que les établissements de soins de santé primaires ou les systèmes d'équipes/de diffusion mobiles proposent le programme national d'immunisation pour les maladies à prévention vaccinale au moins 20 jours par mois.
- 4 Examiner les enfants qui se présentent dans les établissements médicaux ou les cliniques mobiles afin de connaître leur situation vaccinale et de leur administrer les vaccins nécessaires.

Indicateurs clés

Pourcentage des enfants âgés de six mois à 15 ans qui ont été vaccinés contre la rougeole dans le cadre d'une campagne de vaccination contre la rougeole

- >95 %

Pourcentage des enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu une dose appropriée de vitamine A dans le cadre d'une campagne de vaccination contre la rougeole

- >95 %

Pourcentage des enfants âgés de 12 mois ayant reçu trois doses de vaccin DTP

- >90 %

Pourcentage des établissements de santé primaires proposant les services du PEV au moins 20 jours/mois

Notes d'orientation

Vaccination : Les vaccins sont vitaux pour éviter un nombre de décès excessif dans les situations de crises aiguës. Les orientations nationales peuvent ne pas couvrir les urgences ou les personnes qui ont traversé les frontières. Il convient donc de travailler rapidement à la détermination des vaccins nécessaires et à la création d'un plan de mise en œuvre comprenant des processus d'approvisionnement ⊕ cf. *Standard 2.1.1 Soins de santé essentiels – Maladies transmissibles* pour obtenir une orientation sur l'évaluation des risques et les décisions à prendre en matière de vaccination et *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels* pour l'approvisionnement et le stockage des vaccins.

Vaccination contre la rougeole : La vaccination contre la rougeole constitue une intervention sanitaire prioritaire dans les situations de crise.

- **Couverture :** Étudier les données de couverture des populations déplacées et hôtes afin d'évaluer si la couverture de vaccination de routine antirougeole ou la couverture de la campagne a été supérieure à 90 % au cours des trois années précédentes.

Mener une campagne contre la rougeole si la couverture vaccinale est inférieure à 90 %, inconnue ou incertaine. Administrer un supplément en vitamine A en même temps. Veiller à vacciner au moins 95 % des nouveaux arrivants dans une zone d'établissement âgés de 6 mois à 15 ans.

- **Tranches d'âge :** Certains enfants plus âgés ont échappé à la vaccination de routine, aux campagnes de vaccination antirougeole et à la rougeole elle-même. Ces enfants restent exposés à la rougeole et peuvent infecter des nourrissons et de jeunes enfants plus exposés à des risques de mortalité dus à la maladie. Le vaccin doit donc être administré jusqu'à l'âge de 15 ans. Si ce n'est pas possible, vacciner en priorité les enfants âgés de 6 à 59 mois.



- **Rappel des vaccins :** Tous les enfants âgés de 9 mois à 15 ans doivent recevoir deux doses de vaccin antirougeole dans le cadre des programmes nationaux de vaccination standard. Les enfants âgés de 6 à 9 neuf mois vaccinés contre la rougeole (par exemple lors des campagnes d'urgence) doivent recevoir deux doses supplémentaires aux âges recommandés par le programme national (généralement à 9 et 15 mois dans les zones à haut risque).

Poliomyélite : Envisager des campagnes antipolio lorsqu'il existe des flambées de poliomyélite ou lorsque les programmes d'éradication sont menacés, comme cela est défini dans le document *Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë : Cadre pour la prise de décisions* ⊕ cf. *Standard 2.1. Soins de santé essentiels – Maladies transmissibles 2.1.1 : Prévention.*

Programme national du PEV : Rétablir rapidement le PEV pour protéger les enfants contre la rougeole, la diphtérie et la coqueluche et réduire le risque d'infections respiratoires. Les PEV peuvent nécessiter des vaccins supplémentaires ⊕ cf. *Standard 2.1.4 Soins de santé essentiels - Maladies transmissibles : Préparation et intervention en cas de flambée épidémique.*

Sécurité des vaccins : Vérifier la sécurité des vaccins à tout moment. Respecter les instructions du fabricant concernant le stockage et la réfrigération ⊕ cf. *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels.*

Consentement éclairé : Obtenir le consentement éclairé des parents ou des tuteurs avant d'administrer le vaccin. Cela implique d'expliquer les risques et les effets secondaires potentiels.

Standard 2.2.2 sur la santé infantile : Prise en charge des maladies chez le nouveau-né et l'enfant

Les enfants ont accès aux soins de santé prioritaires qui permettent de lutter contre les principales causes de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés et les enfants.

Actions clés

- 1 Fournir des soins de santé appropriés aux différents niveaux (établissements, cliniques mobiles ou programmes communautaires).
 - Utiliser les directives sur la « Newborn Health in Humanitarian Settings » (Santé de la mère et du nouveau-né) pour les soins essentiels des nouveau-nés ⊕ cf. *Références.*
 - Envisager d'adopter la prise en charge intégrée des cas dans la communauté (PEC-C) et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).
- 2 Établir un système standardisé d'évaluation et de triage dans tous les établissements offrant des soins aux nouveau-nés et aux enfants malades.

- Veiller à ce que les enfants présentant des signes d’alerte (incapacité à boire ou à téter, vomissement de tout le contenu gastrique, convulsions, état léthargique ou inconscience) bénéficient d’un traitement immédiat.
 - Organiser une évaluation des traumatismes et des empoisonnements chimiques en cas de risque élevé.
- 3 Mettre à disposition des médicaments essentiels à des dosages et avec des formulations appropriés pour le traitement des maladies infantiles courantes, à tous les niveaux de soins.
- 4 Étudier la croissance et la situation nutritionnelle des enfants.
- Orienter tous les enfants malnutris vers des services de nutrition.
 - Fournir un traitement au sein de l’établissement pour les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère avec complications.
- 5 Établir un protocole de gestion appropriée des cas pour le traitement des maladies infantiles et évitables grâce à la vaccination, la diphtérie et la coqueluche par exemple, dans les situations où le risque épidémique est élevé.
- Utiliser des protocoles existants lorsque c’est possible.
- 6 Élaborer des messages d’éducation sanitaire pour encourager les familles à s’engager dans des pratiques de prévention des maladies et à adopter des comportements sains.
- Promouvoir des actions telles que l’allaitement exclusif, l’alimentation des nourrissons, le lavage des mains, le maintien des nourrissons au chaud et stimuler le développement des tout-petits.
- 7 Élaborer des messages d’éducation sanitaire pour encourager les personnes à demander des soins rapidement en cas de symptômes tels que fièvre, toux ou diarrhée chez l’enfant et le nouveau-né.
- Prendre des mesures pour aider les enfants qui ne sont pas sous la protection d’un adulte ou d’un parent.
- 8 Identifier les enfants présentant un handicap ou un retard de développement.
- Apporter des conseils et orienter vers des services de soins ou de réadaptation.

Indicateurs clés

Taux de mortalité infantile des moins de 5 ans

- Moins de 2 décès pour 10 000 par jour ⊕ cf. Annexe 3 pour les calculs

Traitement antipaludisme efficace fourni dès que possible à tous les enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de paludisme

- Dans un délai de 24 heures après l’apparition des symptômes



- À l'exception des enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition aiguë sévère

Sels de réhydratation orale (SRO) et supplémentation en zinc administrés dans les meilleurs délais à tous les enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhées

- Dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes

Soins dispensés dès que possible à tous les enfants âgés de moins de 5 ans atteints de pneumonie

- Dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes

Notes d'orientation

Soins essentiels aux nouveau-nés : Dispenser des soins spécialisés à tous les nouveau-nés dès la naissance, de préférence au sein d'établissements médicaux et conformément aux lignes directrices de [⊕ Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement \(IMPAC\)](#) et de [Soins aux nouveau-nés dans les contextes humanitaires](#). Que la naissance ait lieu avec ou sans soins spécialisés, les soins essentiels aux nouveau-nés sont les suivants :

- soins liés à la température corporelle (retarder le bain, maintenir le bébé au sec et réchauffer par un contact peau à peau) ;
- prévention des infections (promotion des pratiques d'hygiène à la naissance, lavage des mains, nettoyage du cordon et soins des yeux et de la peau) ;
- aide à l'alimentation (allaitement immédiat et exclusif, conservation du colostrum) ;
- surveillance (évaluation des signes d'infection ou des états nécessitant une orientation) ; et
- soins postnataux (à domicile ou à proximité du domicile au cours de la première semaine de vie, les 24 premières heures étant les plus critiques pour une visite de soins postnataux ; prévoir trois visites à domicile au cours de la première semaine de vie).

La **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)** est centrée sur la prise en charge des enfants de moins de 5 ans au niveau des soins de santé primaires. Après avoir mis en place la PCIME, incorporer les directives à des protocoles standardisés et former correctement les professionnels de la santé.

La **Prise en charge intégrée des cas dans la communauté (PEC-C)** est une approche qui permet un traitement rapide et efficace contre le paludisme, la pneumonie et les diarrhées des personnes dont l'accès aux établissements médicaux est limité, en particulier les enfants de moins de 5 ans.

Prise en charge de la diarrhée : Traiter les enfants souffrant de diarrhée avec des sels de réhydratation orale (SRO) de faible osmolalité et les supplémenter en zinc.

Le zinc réduit la durée de la diarrhée et les SRO empêchent la déshydratation. Inciter les soignants à poursuivre ou à augmenter l'allaitement pendant l'épisode, puis à augmenter l'alimentation par la suite.

Prise en charge de la pneumonie : Lorsque les enfants toussent, ils doivent être examinés pour détecter toute respiration rapide ou difficile et un éventuel tirage thoracique. Traiter le cas échéant par un antibiotique oral approprié. Les enfants qui présentent des signes de danger ou une pneumonie doivent faire l'objet de soins prioritaires.

Les fréquences respiratoires élevées sont spécifiques à l'âge :

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Naissance à - 2 mois : >60/min | 12 mois : >50/min |
| 1-5 an(s) : >40/min | 5 ans : >20/min |

VIH : Lorsque la prévalence du VIH est supérieure à 1 %, tester tous les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère. Les mères et les soignants des nourrissons exposés au VIH ont besoin d'aide et de conseils adaptés ⊕ cf. *Standards sur la Sécurité alimentaire et la nutrition*.

Alimentation des enfants séparés : Organiser une alimentation surveillée des enfants séparés ou non accompagnés.

Questions relatives à la protection des enfants : Utiliser des services de santé de routine pour identifier la maltraitance, la négligence et l'exploitation des enfants. Orienter les cas vers les services de protection de l'enfance. Intégrer des procédures d'identification et de prise en charge des cas impliquant les questions de genre aux services de santé de routine pour les mères et les nourrissons, les enfants et les adolescents.

Orientations nutritionnelles : ⊕ cf. *Standard 3 Sécurité alimentaire et nutrition : Carences en micronutriments* et *Standard 2.2 Prise en charge de la malnutrition : Malnutrition aiguë sévère*.

Pollution de l'air des foyers : Envisager de fournir des fourneaux de cuisson alternatifs afin de réduire les fumées et les maladies respiratoires qu'ils provoquent ⊕ cf. *Standard 3 sur les abris et l'habitat : Espaces de vie* et *Standard 4 Articles ménagers*.

Empoisonnement : ⊕ cf. *Annexe 4*.

2.3 Santé sexuelle et reproductive

Dès l'apparition d'une crise, les soins de santé sexuelle et reproductive vitaux doivent être disponibles. Définir des services complets dès que possible.

Ces services critiques font partie d'une intervention de santé intégrée et s'accompagnent de kits de santé reproductive ⊕ cf. *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels*.



Les soins de santé sexuelle et reproductive complets impliquent la mise à niveau des services existants, l'ajout de services manquants et l'amélioration de la qualité. La compréhension de l'architecture des systèmes de santé permettra de les déterminer ⊕ cf. *Standards 1.1 à 1.5 sur les systèmes de santé*.

Toutes les personnes, y compris dans un contexte humanitaire, ont droit à des soins de santé sexuelle et reproductive. Les soins de santé sexuelle et reproductive doivent respecter le contexte culturel et les croyances religieuses de la communauté tout en répondant aux normes internationales des droits de l'homme. Rester attentif aux besoins des adolescents, des personnes âgées, des personnes handicapées et des populations à risque, quelle que soit leur orientation ou leur identité sexuelle.

Les situations d'urgence élèvent les risques de violence à caractère sexuel, notamment l'exploitation et les abus. Tous les acteurs doivent travailler ensemble pour prévenir et intervenir, en étroite collaboration avec le secteur de la protection. Les informations doivent être compilées en toute sécurité et de manière éthique. Partager les données uniquement dans le respect des protocoles convenus ⊕ cf. *Principes de protection et Standard 1.5 Systèmes de santé : Informations médicales*.

Standard 2.3.1 sur la santé sexuelle et reproductive : Soins de santé reproductive, de la mère et du nouveau-né

Les personnes ont accès aux soins de santé et au planning familial qui empêche une morbidité et une mortalité excessives des mères et des nouveau-nés.

Actions clés

- 1 Vérifier la disponibilité permanente des services d'accouchement sans risques et dans les bonnes conditions d'hygiène, des soins essentiels aux nouveau-nés, des soins d'urgence obstétriques et des soins aux nouveau-nés.
 - Définir un système d'orientation avec une communication et un transport depuis la communauté jusqu'à l'établissement médical ou l'hôpital qui fonctionnera à tout moment.
- 2 Fournir aux femmes enceintes des kits d'accouchement hygiénique lorsque l'accès aux prestataires de santé spécialisés et aux établissements médicaux ne peut pas être garanti.
- 3 Consulter la communauté pour comprendre les préférences, les pratiques et les attitudes locales vis-à-vis de la contraception.
 - Faire participer les hommes, les femmes et les adolescents à des discussions séparées et privées.

- 4 Mettre à disposition un éventail de méthodes de contraception à courte durée d'action ou réversibles à longue durée d'action dans les établissements médicaux, selon la demande et dans un lieu privé et confidentiel.
- Apporter des conseils soulignant l'importance du choix éclairé et de l'efficacité.

Indicateurs clés

Des soins qualifiés sont disponibles à tout moment pour les urgences obstétriques et les soins aux nouveau-nés

- Soins de base d'urgences obstétriques et aux nouveau-nés : au moins cinq établissements pour 500 000 personnes
- Soins complets d'urgences obstétriques et aux nouveau-nés : au moins un établissement pour 500 000 personnes

Pourcentage des naissances prises en charge par un personnel qualifié

- Objectif minimum : 80 %

Système d'orientation vers les urgences obstétriques et des nouveau-nés disponible

- Disponible 24 h/24 et 7 jours/7

Pourcentage d'accouchements par césarienne dans des établissements médicaux

- Objectif : 5-15 %

Tous les centres de soins primaires indiquent la disponibilité d'au moins quatre méthodes de contraception entre trois et six mois à compter de l'apparition de la crise.

Notes d'orientation

Soins d'urgences obstétriques et aux nouveau-nés : Environ 4 % de la population générale est constituée de femmes enceintes et environ 15 % d'entre elles devront faire face à des complications obstétricales imprévisibles pendant leur grossesse ou au moment de l'accouchement, et nécessiteront des soins obstétricaux d'urgence. Environ 5 à 15 % des accouchements nécessiteront une chirurgie, une césarienne par exemple. Au niveau mondial, 9 à 15 % des nouveau-nés nécessiteront des soins d'urgence vitale. Environ 5 à 10 % des nouveau-nés ne respirent pas spontanément à la naissance et doivent être stimulés et la moitié d'entre eux doivent être réanimés. Les principaux motifs de la non-respiration sont la naissance avant terme et des événements intra-partum aigus entraînant une asphyxie sévère ⊕ cf. *Standard 2.2.2 Soins de santé essentiels – Santé infantile : Prise en charge des maladies du nouveau-né et de l'enfant.*



Les soins de base d'urgences obstétricales et du nouveau-né sont les antibiotiques parentéraux, les médicaments utérotoniques (oxytocine parentérale, misoprostol), les anticonvulsifs parentéraux (sulfate de magnésium), le retrait des produits de conception retenus à l'aide de dispositifs appropriés, le retrait manuel du placenta, l'accouchement vaginal assisté (ventouse) et la réanimation de la mère et du nouveau-né.

Les soins complets d'urgences obstétricales et du nouveau-né comprennent tout ce qui est décrit ci-dessus ainsi que la chirurgie sous anesthésie générale (césarienne, laparotomie) et toute transfusion sanguine rationnelle et sûre réalisée dans le respect des mesures de précaution standard. Les soins post-avortement constituent une intervention vitale dans le cadre des soins d'urgences obstétricales et du nouveau-né et visent à réduire la mortalité ainsi que les complications dues à une fausse-couche (avortement spontané) et des avortements non médicalisés. Les traitements comprennent la gestion des hémorragies (parfois par une intervention chirurgicale) et des septicémies ainsi que la prophylaxie antitétanique.

Il est essentiel que les services de soins de base et complets d'urgences obstétricales et du nouveau-né demeurent disponibles à tout moment.

Le système d'orientation doit permettre aux femmes et aux nouveau-nés de se rendre dans un établissement de soins primaires proposant des soins de base d'urgences obstétricales et du nouveau-né, ainsi que dans un hôpital proposant des soins complets d'urgences obstétricales et du nouveau-né.

Planning familial : Engager le dialogue avec plusieurs groupes de la communauté pour comprendre les préférences et les attitudes culturelles. Vérifier que la communauté sait où et comment accéder à la contraception. Partager les informations sous de multiples formes et dans plusieurs langues pour garantir l'accessibilité. Engager le dialogue avec les responsables des communautés pour diffuser les informations.

Des prestataires formés qui comprennent les préférences, la culture et le contexte des patients doivent donner des conseils en matière de contraception. Les conseils doivent insister sur la confidentialité et l'intimité, le choix volontaire et le consentement éclairé, l'efficacité des méthodes médicales et non médicales, les éventuels effets indésirables, la prise en charge et le suivi, et le retrait des dispositifs contraceptifs.

Différents modes de contraception doivent être disponibles immédiatement afin d'anticiper la demande. Les prestataires doivent être formés au retrait des contraceptifs réversibles à longue durée d'action.

Autres services : Commencer les autres soins maternels et du nouveau-né dès que possible, notamment les soins prénataux et postnataux.

Coordination avec d'autres secteurs : Travailler en collaboration avec le secteur de la nutrition pour assurer l'orientation des femmes enceintes et allaitantes vers les services de nutrition appropriés (alimentation complémentaire ciblée,

par exemple) ⊕ cf. *Sécurité alimentaire et nutrition - Prise en charge de la malnutrition, Standards 2.1 et 2.2.*

Standard 2.3.2 sur la santé sexuelle et reproductive : Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol

Les personnes ont accès à des soins de santé sûrs et qui répondent aux besoins des victimes de violence sexuelle.

Actions clés

- 1 Identifier une organisation responsable pour coordonner une approche multisectorielle visant à réduire le risque de violence sexuelle, à assurer les orientations et à fournir un soutien global aux victimes.
 - Travailler en collaboration avec les autres secteurs pour améliorer la prévention et les interventions.
- 2 Informer la communauté sur les services disponibles et l'importance de solliciter des soins médicaux immédiats après des violences sexuelles.
 - Fournir une prophylaxie post-exposition pour le VIH dès que possible (dans un délai de 72 heures après l'exposition).
 - Proposer une contraception d'urgence dans un délai de 120 heures.
- 3 Définir des espaces sûrs au sein des établissements médicaux pour recevoir les victimes de violences sexuelles et proposer des soins cliniques et une orientation.
 - Afficher et utiliser des protocoles clairs et une liste des droits du patient.
 - Former les agents de santé à la communication de soutien, à la préservation de la confidentialité et à la protection des informations et des données relatives aux victimes.
- 4 Prodiger des soins cliniques et orienter vers les services de soutien à la disposition des victimes de violence sexuelle.
 - Organiser un mécanisme d'orientation pour les cas d'urgence vitale, les cas compliqués ou graves.
 - Établir des mécanismes d'orientation entre les services sanitaires, juridiques, psychosociaux, communautaires, de protection et de sécurité.

Indicateurs clés

Tous les établissements médicaux disposent d'un personnel formé et de matériel et d'équipements suffisants pour la prise en charge clinique des victimes de viol conformément aux protocoles nationaux ou internationaux



Toutes les victimes de violence sexuelle déclarent avoir bénéficié de soins de santé de manière sûre et confidentielle

Toutes les victimes de violence sexuelle admissibles reçoivent :

- Une prophylaxie post-exposition dans un délai de 72 heures après un incident ou une exposition
- Contraception d'urgence dans un délai de 120 heures après un incident ou une exposition

Notes d'orientation

La **prévention des violences sexuelles et du viol** exige des actions dans tous les secteurs ⊕ cf. WASH sur l'approvisionnement en eau, Standard 2.1 ; ⊕ cf. WASH sur l'évacuation des excréments, Standard 3.2 ; ⊕ cf. Standard 6.3 Sécurité alimentaire et nutrition – Standard 7.2 Aide alimentaire pour les moyens de subsistance ; Standards 2 et 3 sur les abris et l'habitat ; ⊕ cf. Principe de protection n° 1 et Engagements n° 4 et 8 de la Norme humanitaire fondamentale. ⊕ cf. Systèmes de santé Standards 1.1 et 1.3 pour en savoir plus sur la façon de rendre les établissements médicaux sûrs et aptes à fournir de meilleurs soins.

Les soins cliniques, notamment les soins de santé mentale et l'orientation des victimes doivent être disponibles dans tous les établissements de soins de santé primaires et par les équipes mobiles ⊕ cf. Systèmes de santé 1.2 et Standard des soins de santé 2.5. Cela concerne le personnel qualifié qui fournit des traitements bienveillants, rapides et confidentiels ainsi que des conseils à tous les enfants, adultes et personnes âgées sur :

- la contraception d'urgence ;
- les tests de grossesse, des informations sur les options en matière de grossesse et l'orientation pour des avortements sûrs dans le respect de la loi ;
- le traitement présumé des IST ;
- la prophylaxie post-exposition pour empêcher la transmission du VIH ⊕ cf. Soins de santé essentiels – Standard 2.3.3 Santé sexuelle et reproductive : le VIH ;
- la prévention de l'hépatite B ;
- les soins des plaies et la prévention contre le tétanos ; et
- l'orientation vers d'autres services tels que les autres services de santé, psychologiques, juridiques et sociaux.

Assurer l'égalité des sexes entre les agents de santé parlant couramment la langue locale et celle des patients, et demander aux accompagnateurs responsables et aux interprètes hommes et femmes de fournir des services non discriminatoires et neutres. Former les professionnels de santé aux soins cliniques des victimes de violence sexuelle en se concentrant sur la communication de soutien, l'anamnèse et l'examen physique, le traitement et le conseil. Lorsque c'est possible

et nécessaire, dispenser une formation sur le système médico-légal et la collecte de preuves.

Enfants victimes de violence sexuelle : Les enfants doivent être pris en charge par des professionnels de santé formés à la prise en charge des enfants victimes de viol. Laisser les enfants choisir le sexe du professionnel de santé qui les prendra en charge. Impliquer dans tous les cas des agents spécialisés dans la protection.

Engagement de la communauté : Travailler avec les patients et la communauté pour améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des soins et offrir des programmes de prévention pendant toute la durée d'une crise. Garantir des mécanismes de retour d'information confidentiels et rapides. Impliquer les femmes, les hommes, les adolescent(e)s et les populations à risque telles que les personnes handicapées et les groupes de LGBTQI.

Cadres juridiques : Tenir compte du système médico-légal national et des lois applicables aux violences sexuelles. Informer les victimes des lois exigeant un signalement obligatoire susceptible de limiter la confidentialité des informations communiquées par les patients aux prestataires de santé. Cela peut influencer leur décision d'aller plus loin dans la recherche d'aide mais ce choix doit être respecté.

Dans de nombreux pays, l'interruption de grossesse est légale dans certaines circonstances telles que le viol. Lorsque c'est le cas, l'accès ou l'orientation doit être facilité sans discrimination.

Si la prise en charge de la violence sexuelle est critique, certaines formes de violences sexistes telles que les violences conjugales, le mariage forcé des enfants et les mutilations génitales des femmes sont déjà fortes dans le cadre des crises humanitaires et peuvent, dans certains scénarios, s'aggraver encore et avoir une incidence significative inédite sur la santé (physique, sexuelle, mentale) et nécessiter des interventions spécifiques. D'autres directives internationales reconnaissent de mieux en mieux non seulement les violences sexuelles mais également les autres formes de violences sexistes et leur incidence sur la santé ⊕ cf. *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence fondée sur le genre dans l'action humanitaire* du CPI.

Standard 2.3.3 sur la santé sexuelle et reproductive : VIH

Les personnes ont accès aux soins de santé empêchant la transmission et réduisant la morbidité et la mortalité dues au VIH.

Actions clés

- 1 Établir et respecter les précautions et procédures standardisées pour une utilisation sûre et rationnelle de la transfusion sanguine.



- 2 Administer une thérapie antirétrovirale aux personnes déjà concernées, notamment les femmes qui font l'objet d'une prévention dans le cadre des programmes de transmission de la mère à l'enfant.
 - Suivre activement les personnes séropositives pour continuer le traitement.
- 3 Fournir des préservatifs masculins lubrifiés ainsi que des préservatifs féminins, lorsqu'ils sont déjà utilisés par la population.
 - Collaborer avec les responsables et la population concernée pour comprendre les usages locaux, augmenter les niveaux d'acceptation et garantir que la distribution de préservatifs est culturellement appropriée.
- 4 Proposer des tests à toutes les femmes enceintes lorsque la prévalence du VIH est supérieure à 1 %.
- 5 Démarrer une prophylaxie post-exposition (PPE) dès que possible, dans les 72 heures après l'exposition des victimes de violences sexuelles et une exposition professionnelle.
- 6 Fournir une prophylaxie cotrimoxazole pour les infections opportunistes :
 - a. aux patients séropositifs ; et
 - b. aux enfants nés de mères séropositives, âgés de 4 à 6 semaines ; continuer jusqu'à l'exclusion du VIH.
- 7 Garantir que les établissements de soins de santé primaires disposent d'antimicrobiens et proposent une prise en charge syndromique des patients présentant des symptômes d'IST.

Indicateurs clés

Tout le sang transfusé est dépisté et exempt d'infections transmissibles par transfusion, notamment le VIH

Pourcentage des personnes sous thérapie antirétrovirale (TAR) qui continuent à recevoir des médicaments TAR.

- 90 %

Pourcentage des femmes qui accèdent à des services de santé et qui sont dépistées pour le VIH, lorsque la prévalence du VIH est supérieure à 1 %

- 90 %

Pourcentage des personnes potentiellement exposées au VIH se rendant dans des établissements médicaux qui reçoivent une PPE dans un délai de 72 heures après l'exposition

- 100 %

Pourcentage des nourrissons exposés au VIH recevant du cotrimoxazole à 4-6 semaines d'âge

- 95 %

Notes d'orientation

Les actions clés ci-dessus doivent s'appliquer à toutes les situations de crises humanitaires, quelle que soit l'épidémiologie locale du VIH.

Impliquer la communauté et les populations clés concernées (professionnels de santé, responsables, femmes, LGBTQI, personnes handicapées) dans la fourniture de services associés au VIH, et veiller à ce qu'elles sachent où trouver des médicaments antirétroviraux (ARV). S'il existe une association de personnes vivant avec le VIH, elle doit être consultée et impliquée dans la conception et la mise en place du programme.

La distribution de préservatifs organisée par la communauté au sein de groupes pairs est utile. Les populations clés et les adolescents savent souvent où leurs pairs se retrouvent et les volontaires peuvent distribuer aux pairs. Éduquer les populations clés avec des messages culturellement appropriés à l'utilisation et à l'élimination correctes des préservatifs usagés. Mettre des préservatifs à la disposition de la communauté, aider le personnel de l'agence, le personnel en uniforme, les conducteurs de camions de livraison et les autres.

Transfusion sanguine : ⊕ cf. Standards 1.1 et 1.3. sur systèmes de santé.

Les **soins post-exposition et le traitement** doivent comprendre des conseils, une évaluation des risques liés à une exposition au VIH, le consentement éclairé, l'évaluation de la source et la fourniture de médicaments antirétroviraux. Ne pas administrer de PPE à une personne vivant avec le VIH. Même s'il est recommandé de formuler des conseils et de réaliser des tests avant une PPE, si cela n'est pas faisable, il convient de ne pas retarder le début de la PPE ⊕ cf. Soins de santé essentiels – Standard 2.3.2 sur la santé sexuelle et reproductive : Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol.

Activités complètes associées au VIH dans les situations de crises : Établir les activités suivantes dès que possible :

Sensibilisation au VIH : Fournir des informations accessibles au public, en particulier aux populations les plus exposées, sur la prévention du VIH et des autres IST.

Prévention du VIH : Proposer aux populations à haut risque des services de réduction des risques (matériel d'injection stérile, traitements de substitution aux opiacées pour les personnes qui s'injectent des drogues), lorsque ces services existent déjà ⊕ cf. Soins de santé essentiels, Standard 2.5 : Santé mentale.

Note : Caritas Internationalis et ses Membres ne promeuvent l'utilisation ni la distribution d'aucune forme de contrôle des naissances artificiel.



Conseils relatifs au VIH et tests : Fournir (ou rétablir) des services de conseil et de test liés à la TAR. Les groupes prioritaires au dépistage du VIH sont les femmes enceintes et leurs partenaires, les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %, et les autres groupes à risque.

Stigmatisation et discrimination : Il est crucial de garantir que les stratégies et les programmes n'augmentent pas la stigmatisation. Réduire activement la stigmatisation et la discrimination dans les zones connues pour afficher des indices de stigmatisation élevés et des comportements discriminatoires.

Interventions TAR : Étendre la thérapie antirétrovirale à toutes les personnes qui en ont besoin et non pas seulement aux personnes déjà bénéficiaires, et ce dès que possible.

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant : Tester les femmes enceintes et leurs partenaires et établir un diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons. Fournir une TAR aux femmes déjà déclarées séropositives ou récemment diagnostiquées positives au VIH. Orienter les nourrissons testés positifs vers les services pédiatriques du VIH. Fournir des orientations spécifiques à l'alimentation des nourrissons aux femmes séropositives, ainsi que des mesures de soutien et de sensibilisation ⊕ cf. *Sécurité alimentaire et nutrition - Standards 4.1 et 4.2 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.

Services destinés à la co-infection VIH/TB : Organiser un dépistage de la TB et orienter les personnes vivant avec le VIH. Fournir un traitement anti-TB aux personnes déjà inscrites à un programme de traitement ⊕ cf. *Standard 2.1.1 Soins de santé essentiels - Maladies transmissibles : Prévention*. Mettre en lien les services de dépistage de la TB et du VIH dans des établissements à forte prévalence et définir un contrôle de l'infection à la TB dans les établissements de soins.

2.4 Soins des blessures et traumatismes

Dans une situation de crise, une forte prévalence de la morbidité et de la mortalité est associée aux blessures. Une demande accrue de services de soins traumatiques risque d'entraîner un dépassement des capacités des systèmes de santé locaux. Pour réduire l'incidence des blessures et le risque de rupture du système de santé, un triage systématique doit être organisé et les événements à l'origine de nombreuses victimes doivent être gérés en association avec des soins opérationnels et de réadaptation sûrs. Cette section aborde la réponse apportée par le système de santé aux blessures physiques. Les orientations spécifiques à l'empoisonnement, à la santé mentale et aux violences sexuelles sont abordées ailleurs ⊕ cf. *Annexe 4 : Empoisonnement ; Standard 2.5 Soins de santé essentiels et Standard 2.3.2 Soins de santé essentiels – Santé sexuelle et reproductive*.

Standard 2.4 sur les soins des blessures et traumatismes: Soins des blessures et traumatismes

Les personnes ont accès à des soins sûrs et efficaces en cas de traumatismes dans les situations de crise afin d'empêcher toute mortalité, morbidité, souffrance et handicap évitable.

Actions clés

- 1 Soigner les traumatismes à tous les niveaux pour tous les patients.
 - Définir rapidement des systèmes d'orientation sûrs entre les établissements, et depuis les communautés touchées vers les établissements.
 - Mettre en place des cliniques mobiles ou des hôpitaux de campagne si les structures fixes ne sont pas accessibles à la population.
- 2 Vérifier que les professionnels de santé disposent des compétences et des connaissances nécessaires pour soigner les blessures.
 - Inclure tous les niveaux, des premiers intervenants à ceux qui dispensent les soins de chirurgie et d'anesthésie complets.
- 3 Établir ou renforcer les protocoles standardisés pour le triage et les soins des blessures et traumatismes.
 - Inclure des systèmes d'orientation pour la protection des enfants, des victimes de violences sexuelles et ceux qui ont besoin d'un soutien psychosocial ou de soins de santé mentale.
- 4 Fournir une prophylaxie antitétanique à toutes les personnes exposées à des blessures, notamment à celles qui présentent des blessures ouvertes et aux personnes impliquées dans les opérations de secours et de nettoyage.
- 5 Garantir les standards minimums en matière de sécurité et de gouvernance pour tous les établissements de soins des blessures et traumatismes, y compris les hôpitaux de campagne.
- 6 Garantir un accès rapide aux services de réadaptation, aux dispositifs d'aide prioritaires et au matériel d'aide à la mobilité des patients blessés.
 - Vérifier que les dispositifs d'aide tels que les fauteuils roulants et les béquilles ou autres dispositifs d'aide à la mobilité peuvent être réparés localement.
- 7 Garantir un accès rapide aux services de santé mentale et de soutien psychosocial.
- 8 Établir ou renforcer les systèmes d'informations sur la santé afin d'y inclure les données relatives aux blessures et traumatismes.
 - Consulter en priorité la documentation clinique de base, notamment les dossiers médicaux individuels de tous les patients victimes de traumatismes.



- Utiliser les définitions standards pour intégrer les blessures dans les groupes de données du système d'informations sur la santé.

Indicateurs clés

Pourcentage des établissements médicaux disposant d'un plan d'urgence pour la gestion des pertes massives, régulièrement révisé et corrigé

Pourcentage des établissements médicaux disposant de protocoles de prise en charge des blessés graves notamment des instruments de triage formels

Pourcentage des établissements médicaux dotés d'un personnel ayant reçu une formation de base portant sur l'approche des blessés graves

Pourcentage des établissements médicaux appliquant des mesures d'amélioration de la qualité afin de réduire la morbidité et la mortalité de référence selon les données disponibles

Notes d'orientation

La **formation et les compétences** en matière de blessures et de traumatismes doivent comprendre :

- la gestion des pertes massives, pour ceux qui interviennent et coordonnent l'intervention ;
- les premiers secours de base ;
- un triage standardisé sur le terrain et au sein des établissements médicaux ; et
- la reconnaissance précoce, la réanimation, la prise en charge des blessures, le contrôle de la douleur et le soutien psychosocial d'urgence.

Des **protocoles standardisés** doivent exister ou être développés pour couvrir les opérations suivantes :

- classification du triage sur la base de l'acuité pour les situations de routine et d'urgence comprenant l'évaluation, la priorisation, la réadaptation de base et les critères d'orientation d'urgence ;
- les soins d'urgence de première ligne au point d'accès ; et
- les orientations pour les urgences et les soins spécialisés, notamment la chirurgie, les soins post-opératoires et la réadaptation.

Standards minimums de qualité et de sécurité : Même lorsque des traumatismes sont pris en charge en réponse à un événement grave ou à un conflit permanent, des standards minimums doivent être assurés. Les domaines à aborder sont les suivants :

- utilisation sûre et rationnelle des médicaments, des dispositifs et des produits sanguins, y compris la chaîne d'approvisionnement ;
- prévention et contrôle des infections ;

- alimentation électrique suffisante pour l'éclairage, les communications et l'utilisation des dispositifs médicaux essentiels (matériel de réanimation d'urgence et autoclaves de stérilisation) ; et
- gestion des déchets médicaux.

Premiers secours dispensés par la communauté : Les premiers secours appropriés et rapides prodigués par les non-professionnels permettent de sauver des vies s'ils sont réalisés de manière sûre et systématique. Tous les premiers intervenants doivent adopter une approche structurée des blessés. La formation de base à la prise en charge des blessés, telle que le nettoyage et le bandage, est vitale.

Proposer des premiers secours au sein des ménages et de la communauté ainsi qu'une orientation sur le moment et l'endroit où l'aide médicale est disponible. Sensibiliser aux risques spécifiques liés au contexte (infrastructures instables, risque de blessures lors des tentatives de sauvetage, par exemple).

Le processus de **triage** permet de classer les patients selon la gravité de leurs blessures et le besoin de soins. Cela permet d'identifier ceux qui nécessitent en priorité une intervention médicale immédiate. Il existe plusieurs systèmes de triage. Un système largement utilisé a recours à cinq couleurs : le rouge pour les patients hautement prioritaires, le jaune pour les priorités moyennes, le vert pour les faibles priorités, le bleu pour les patients qui ne relèvent pas de la capacité technique de l'établissement ou qui nécessitent des soins palliatifs, et le gris pour les personnes décédées.

Soins d'urgence professionnels de première ligne : Tous les professionnels de santé de niveau supérieur, les médecins par exemple, doivent être formés à une approche systématique des grands malades et des blessés graves ⊕ cf. la méthode « ABCDE » des *Recommandations internationales en matière de premiers secours et de réanimation de l'IFRC*. La réanimation initiale et les interventions vitales telles que l'administration de solutés et d'antibiotiques, le contrôle des hémorragies et le traitement du pneumothorax, peuvent être réalisées dans de nombreuses situations, avant le transfert du patient vers des services spécialisés.

Anesthésies, soins chirurgicaux et traumatiques : Les soins d'urgence, opératoires et de réadaptation doivent être dispensés uniquement par des organisations possédant l'expertise nécessaire. Les prestataires doivent intervenir dans le cadre de leurs compétences, avec les ressources adéquates pour soutenir leurs activités. Des soins inappropriés ou inadéquats peuvent parfois être plus préjudiciables qu'une absence d'intervention. Toute chirurgie réalisée sans soins pré- et post-opératoires appropriés et sans réadaptation continue, peut entraîner un échec de la récupération des capacités fonctionnelles du patient.

Hôpitaux de campagne : L'accès à des hôpitaux de campagne temporaires peut être nécessaire, en particulier lors de crises aiguës, et doit être coordonné avec le ministère de la santé ou les agences responsables et autres acteurs de santé. Les standards et la sécurité des soins doivent répondre aux normes nationales et internationales ⊕ cf. *Références* pour une orientation complémentaire.



Réadaptation et réintégration sociale : La réadaptation précoce peut augmenter la survie, maximiser l'effet des interventions médicales et chirurgicales et améliorer la qualité de vie des blessés. Les équipes médicales qui accompagnent les patients hospitalisés doivent être capables d'assurer des soins de réadaptation précoce. Cartographier les capacités existantes de réadaptation et les voies d'orientation, comprendre les liens entre les systèmes de bien-être social existants et l'aide monétaire. Établir des liens avec les centres de réadaptation locaux ou les organisations de réadaptation gérées par la communauté pour les soins continus.

Avant la sortie, étudier les besoins courants des patients blessés ou souffrant de traumatismes, notamment ceux qui présentent un traumatisme préexistant. Garantir un suivi médical et de réadaptation, la formation des patients et des soignants, des dispositifs d'aide essentiels (béquilles ou fauteuils roulants), des soins de santé mentale et un soutien psychosocial, ainsi que l'accès aux autres services essentiels.

Définir des plans et des équipes de soins pluridisciplinaires, notamment des spécialistes en rééducation physique et un personnel qualifié en santé mentale et formé au soutien psychosocial. Les soins de santé mentale et le soutien psychosocial des personnes touchées par des blessures qui changent la vie doivent être mis en place lorsque le patient est hospitalisé. Les liens vers des services de soutien continu sont essentiels ⊕ cf. *Standard 2.5 Soins de santé essentiels : Santé mentale.*

Considérations spéciales de prise en charge – Contrôle de la douleur : Une bonne prise en charge de la douleur après une blessure réduit les risques de pneumonie et de thrombose veineuse profonde et aide le patient à démarrer la physiothérapie. Elle permet de réduire la réaction physiologique du corps au stress et par conséquent la morbidité cardiovasculaire mais aussi le stress physiologique. Les douleurs intenses associées à un traumatisme doivent être traitées selon l'échelle de la douleur établie par l'OMS. Les douleurs neuropathiques résultant de blessures nerveuses peuvent être présentes dès le début et doivent être correctement traitées ⊕ cf. *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels* et *Standard 2.7 Soins de santé essentiels : Soins palliatifs.* ⊕ cf. *Echelle de douleur de l'OMS.*

Considérations spéciales de prise en charge – Traitement des plaies : Dans la plupart des situations de crises, nombreux sont les patients qui arrivent pour bénéficier de soins plus de six heures après la survenue de la blessure. Toute présentation tardive augmente considérablement le risque d'infection des plaies et la mortalité associée. Les professionnels de la santé doivent connaître les protocoles de prise en charge des plaies (y compris les brûlures) et prévenir et traiter les infections, lorsqu'elles sont graves et en cas de présentation tardive. Ces protocoles prévoient l'administration d'antibiotiques appropriés, le retrait chirurgical des corps étrangers et des tissus morts et le bandage.

Tétanos : Dans les situations de catastrophes naturelles soudaines, le risque de tétanos peut être relativement élevé. Administrer un vaccin contenant de anatoxine tétanique (DT ou Td – vaccins contre la diphtérie et le tétanos – ou DTP, selon

l'âge et l'historique de vaccination) aux patients présentant des plaies ouvertes. Les personnes présentant des plaies sales ou très contaminées doivent également recevoir une dose d'immunoglobine antitétanique s'ils ne sont pas vaccinés contre le tétanos.

2.5 Santé mentale

Les problèmes de santé mentale et psychosociaux sont courants chez les adultes, les adolescents et les enfants dans toutes les situations de crise humanitaire. Les facteurs de stress extrême associés aux crises exposent les personnes à des risques accrus de problèmes sociaux, comportementaux, psychologiques et psychiatriques. Les soins de santé mentale et le soutien psychosocial impliquent des actions multisectorielles. Ce standard se concentre sur les actions des acteurs de santé. ⊕ cf. la Norme humanitaire fondamentale et les Principes de protection pour en savoir plus sur les interventions psychosociales entre les secteurs.

Standard 2.5 sur la santé mentale: Santé mentale

Les personnes de tous âges ont accès aux soins de santé en cas de problèmes de santé mentale et en présence de troubles associés.

Actions clés

- 1 Coordonner les soins de santé mentale et le soutien psychosocial entre les secteurs.
 - Définir un groupe de travail intersectoriel et technique pour les problèmes de santé mentale et psychosociaux. Il peut être dirigé en collaboration avec une organisation de santé et une organisation humanitaire de protection.
- 2 Élaborer les programmes en fonction des besoins et ressources identifiés.
 - Analyser les systèmes de santé mentale, les compétences du personnel et les autres ressources ou services.
 - Mener des évaluations des besoins, en se souvenant que les états de santé mentale peuvent être préexistants, induits par la crise ou les deux à la fois.
- 3 Travailler avec les membres de la communauté, notamment les personnes marginalisées, pour renforcer l'entraide communautaire et le soutien social.
 - Promouvoir le dialogue avec la communauté sur les façons d'aborder les problèmes de manière collaborative, en se fondant sur la sagesse, l'expérience et les ressources communautaires.
 - Préserver ou soutenir la reprise des mécanismes de soutien préexistants tels que les groupes pour les femmes, les jeunes et les personnes vivant avec le VIH.



- 4 Orienter le personnel et les volontaires sur la façon de proposer les premiers secours psychologiques.
 - Appliquer les principes des premiers secours psychologiques qui permettent de gérer le stress intense après une exposition récente à des événements potentiellement traumatisants.
- 5 Mettre à disposition des soins de santé mentale de base au sein de chaque établissement médical.
 - Organiser des formations courtes et superviser les professionnels de santé généraux pour évaluer et gérer les problèmes de santé mentale prioritaires.
 - Organiser un mécanisme d'orientation parmi les spécialistes de la santé mentale, les prestataires de santé généraux, les soutiens et autres services dispensés par la communauté.
- 6 Permettre aux personnes perturbées par une détresse prolongée de bénéficier d'une prise en charge psychologique.
 - Lorsque c'est possible, former et superviser les non-spécialistes.
- 7 Protéger les droits des personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale au sein de la communauté, dans les hôpitaux et les institutions.
 - Se rendre dans les hôpitaux et résidences psychiatriques pour rendre régulièrement visite aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères dès le début de la crise.
 - Prendre en charge les victimes de négligence et de maltraitance au sein d'institutions et organiser les soins.
- 8 Réduire les dommages dus à l'alcool et à la drogue.
 - Former le personnel à la détection et aux interventions de courte durée, à la réduction des préjudices et à la prise en charge du sevrage et des intoxications.
- 9 Prendre des mesures pour développer un système de santé mentale durable au cours de la planification du rétablissement rapide et des crises de longue durée.

Indicateurs clés

Pourcentage des services de santé secondaires dotés d'un personnel formé et supervisé et de systèmes de prise en charge des troubles de la santé mentale

Pourcentage des services de santé primaires dotés d'un personnel formé et supervisé et de systèmes de prise en charge des troubles de la santé mentale

Nombre de personnes participant à l'entraide communautaire et aux activités de soutien social

Pourcentage des utilisateurs de services de santé pris en charge pour des troubles de la santé mentale

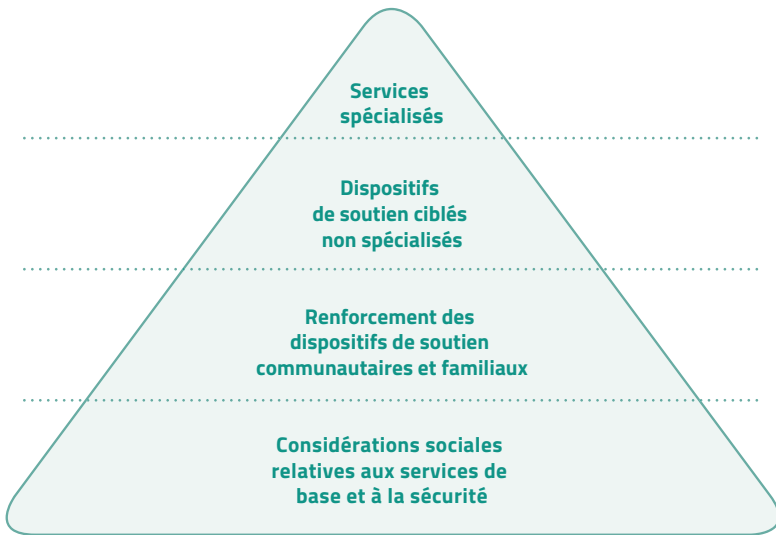
Pourcentage des personnes prises en charge pour des troubles de la santé mentale rapportant une amélioration du fonctionnement et une réduction des symptômes

Nombre de jours où les médicaments psychotropes essentiels n'étaient pas disponibles au cours des 30 derniers jours

- Moins de 4 jours

Notes d'orientation

Soutien multi-niveaux : Les crises affectent les personnes de différentes façons, exigeant ainsi différents types de soutien. Pour organiser les soins de santé mentale et le soutien psychosocial, il convient de développer un système à plusieurs niveaux de soutiens complémentaires répondant à différents besoins, tel que le montre le schéma ci-après. Cette pyramide présente la façon dont différentes actions peuvent se compléter. Tous les niveaux de la pyramide sont importants et doivent idéalement être mis en œuvre de manière simultanée.



Pyramide des services et soutiens à plusieurs niveaux (Figure 10)

Source : Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2010)

Évaluation : Les chiffres relatifs aux troubles de la santé mentale sont essentiels dans n'importe quelle situation de crise. Les études de prévalence ne sont pas essentielles à la mise en place des services. Utiliser des approches de participation rapides et intégrer si possible la santé mentale à d'autres évaluations. Ne pas limiter l'évaluation à un seul problème clinique.



Entraide et soutien communautaires : Impliquer les agents de santé communautaires, les responsables et les volontaires dans l'aide aux membres de la communauté, y compris les personnes marginalisées, afin de développer l'entraide et le soutien social. Les activités peuvent comprendre la création d'espaces sécurisés et des conditions propices au dialogue au sein de la communauté.

Premiers secours psychologiques : Les premiers secours psychologiques doivent être disponibles pour les personnes potentiellement exposées à des événements traumatiques tels que les victimes de violences sexuelles ou physiques, les témoins d'atrocités et les victimes de blessures graves. Il ne s'agit pas d'une intervention clinique. Il s'agit d'une intervention de base, humaine et de soutien aux personnes en souffrance. Cela comprend une écoute attentive, l'évaluation et la prise en compte des besoins de base, une incitation au soutien social et à la protection contre d'autres préjudices. Cette prise en charge n'est pas intrusive et n'oblige pas les personnes à parler de leur détresse. Après une orientation brève, les responsables communautaires, les professionnels de la santé et les autres personnes impliquées dans l'intervention humanitaire peuvent apporter des premiers secours psychologiques aux personnes en détresse. Même si elle doit être largement disponible, l'intervention générale de soutien psychosocial et de santé mentale doit s'accompagner d'autres mesures.

Un **debriefing psychologique en une séance** promeut la répartition en encourageant les personnes à raconter brièvement mais systématiquement les sensations, les pensées et les réactions émotionnelles vécues lors d'un événement stressant récent. Au mieux, il est inutile et ne doit pas être utilisé.

Autres interventions psychologiques : Les professionnels de la santé non spécialisés peuvent encadrer des interventions psychologiques pour les cas de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatiques lorsqu'ils sont bien formés, supervisés et accompagnés. Cela comprend des thérapies comportementales cognitives ou interpersonnelles.

Santé mentale clinique : Informer tout le personnel de santé et les volontaires sur les soins de santé mentale disponibles. Former les fournisseurs de santé selon les protocoles fondés sur la preuve, tels que le Guide d'intervention humanitaire mhGAP. Lorsque c'est possible, embaucher un professionnel de santé mentale supplémentaire (infirmier/ère psychiatrique) dans les établissements médicaux généraux. Prévoir un espace privé pour les consultations ⊕ cf. [Guide d'intervention humanitaire mhGAP](#).

Les situations les plus fréquentes rencontrées par les services de santé d'urgence sont les psychoses, la dépression et un trouble neurologique, l'épilepsie. La santé mentale de la mère est particulièrement importante de par son incidence possible sur les soins des enfants.

Intégrer les catégories liées à la santé mentale dans le système d'informations médicales ⊕ cf. [Annexe 2 : Exemple de formulaire du SGIS](#).

Médicaments psychotropes essentiels : Organiser un approvisionnement continu des médicaments psychotropes avec au moins un psychotrope de chaque catégorie thérapeutique (antipsychotique, antidépresseur, anxiolytique, antiépileptique, et médicaments pour contrer les effets indésirables des antipsychotiques) ⊕ cf. *Kit de santé d'urgence inter-agences pour les médicaments psychotropes suggérés* et *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels*.

Protection des droits des personnes présentant des troubles de la santé mentale : Au cours des situations de crises humanitaires, les personnes atteintes de graves troubles de la santé mentale sont extrêmement vulnérables aux violations des droits de l'homme telles que les abus, les négligences, l'abandon et l'absence d'abris, d'alimentation et de soins médicaux. Désigner au moins une agence pour répondre aux besoins des personnes au sein des institutions.

Transition vers l'après-crise : Les crises humanitaires augmentent le nombre des troubles de la santé mentale à long terme. Il est donc important de prévoir des traitements pérennes dans les zones touchées. Cela comprend un renforcement des systèmes nationaux de santé mentale existants et l'inclusion des groupes marginalisés (notamment les réfugiés) dans ces systèmes. Les projets de démonstration, avec un financement à court terme de l'urgence, peuvent valider le concept et créer un élan pour attirer d'autres soutiens et fonds visant à développer les systèmes de santé mentale.

2.6 Maladies non transmissibles

Le besoin de se concentrer sur les maladies non transmissibles (MNT) dans les crises humanitaires reflète l'augmentation globale de l'espérance de vie associée à des facteurs de risques comportementaux tels que le tabac et une mauvaise alimentation. Environ 80 % des décès dus aux MNT ont lieu dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen, et les situations d'urgence accentuent le phénomène.

Au sein d'une population adulte moyenne de 10 000 personnes, entre 1 500 et 3 000 personnes sont atteintes d'hypertension, entre 500 et 2 000 de diabète, et entre 3 et 8 sont victimes d'un infarctus aigu sur une période normale de 90 jours.

Les maladies varieront mais comprendront souvent le diabète, des maladies cardiovasculaires (hypertension, infarctus, AVC, maladies rénales chroniques), une maladie pulmonaire chronique (asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique) et le cancer.

L'intervention initiale doit prendre en charge les complications aiguës et éviter toute interruption de traitement, et elle sera suivie de programmes plus complets.

Les soins de santé mentale et palliatifs sont abordés tout particulièrement dans le ⊕ *Standard 2.5 Soins de santé essentiels : Santé mentale* et le *Standard 2.7 : Soins palliatifs*.



Standard 2.6 sur les maladies non transmissibles : Prise en charge des maladies non transmissibles

Les personnes ont accès à des programmes de prévention, à des diagnostics et aux traitements essentiels en cas de complications aiguës et à la prise en charge à long terme des maladies non transmissibles.

Actions clés

- 1 Repérer les besoins des MNT et analyser la disponibilité des services d'avant-crise.
 - Identifier les groupes présentant des besoins prioritaires, notamment les groupes exposés à des risques de complications vitales telles que le diabète insulino-dépendant ou l'asthme sévère.
- 2 Mettre en œuvre des programmes d'approche par étapes sur la base des priorités vitales et prévoyant le soulagement de la douleur.
 - Veiller à ce que les patients exposés à des complications vitales (crises d'asthme sévère, acidocétose diabétique) bénéficient de soins appropriés. Si ces soins ne sont pas disponibles, proposer des soins palliatifs et de soutien.
 - Éviter toute interruption soudaine des traitements pour les patients diagnostiqués avant la situation de crise.
- 3 Intégrer les soins des MNT dans le système de santé à tous les niveaux.
 - Définir un système d'orientation pour prendre en charge les complications aiguës et les cas complexes dans le cadre des soins secondaires et tertiaires, puis dans le cadre de soins palliatifs et de soutien.
 - Orienter les patients pour les interventions de nutrition ou de sécurité alimentaire lorsque c'est nécessaire.
- 4 Définir des programmes de préparation nationaux des MNT.
 - Inclure les médicaments et le matériel essentiels dans le matériel médical de secours positionné à l'avance.
 - Préparer les patients individuels avec un approvisionnement de secours en médicaments et des instructions sur l'accès aux soins d'urgence en cas de crise.

Indicateurs clés

Pourcentage des établissements médicaux primaires prenant en charge les MNT

Nombre de jours où les médicaments pour les MNT n'étaient pas disponibles au cours des 30 derniers jours

- Moins de 4 jours

Nombre de jours où le matériel de base des MNT n'était pas disponible (ou n'était fonctionnel) au cours des 30 derniers jours

- Moins de 4 jours

Tous les professionnels de la santé fournissant des traitements contre les MNT sont formés à la prise en charge des MNT

Notes d'orientation

Évaluation des besoins et des risques afin de repérer les MNT prioritaires : À définir selon le contexte et la phase d'urgence. Cela peut impliquer l'examen des dossiers, l'utilisation de données pré-crise et le recours à des enquêtes auprès des ménages ou une évaluation épidémiologique avec une enquête transversale. Regrouper les données relatives à la prévalence et à l'incidence des MNT et repérer les besoins vitaux ainsi que les états symptomatiques graves.

Analyser la disponibilité et l'utilisation des services pré-crise, en particulier dans les cas complexes tels que le cancer ou la maladie rénale chronique, afin d'évaluer les attentes et la capacité du système de santé dans le contexte. L'objectif à court et moyen termes est de soutenir et de rétablir ces services.

Besoins de traitements complexes : Assurer si possible la continuité des soins des patients présentant des besoins complexes, tels que la dialyse rénale, la radiothérapie et la chimiothérapie. Fournir des informations claires et accessibles sur les voies d'orientation. Orienter vers les soins palliatifs le cas échéant ⊕ cf. *Standard 2.7 Soins de santé essentiels : Soins palliatifs.*

Intégration des soins des MNT dans le système de santé : Proposer un traitement de base pour les MNT au niveau des soins de santé primaires conformément aux normes nationales ou à l'orientation internationale d'urgence en l'absence de normes nationales.

Travailler avec les communautés pour améliorer la détection précoce et les orientations. Intégrer des ASC aux établissements de soins de santé primaires et communiquer avec les responsables communautaires, les guérisseurs traditionnels et le secteur privé. Les services de sensibilisation peuvent fournir des services de soins des MNT aux populations isolées.

Adapter le système d'informations existant pour la situation de crise afin d'inclure le contrôle des principales MNT : hypertension, diabète, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, maladie cardiaque ischémique et épilepsie ⊕ cf. *Standard 1.5 Information sur la santé et Annexe 2.*

Médicaments et dispositifs médicaux : Étudier la liste nationale des médicaments et dispositifs essentiels, notamment les technologies et les principaux tests de laboratoire, pour gérer les MNT. Se concentrer sur les soins de santé primaires ⊕ cf. *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels.* Si nécessaire, recommander l'inclusion de médicaments essentiels et dispositifs



médicaux clés conformément aux orientations internationales et d'urgence sur les MNT. Faciliter l'accès aux médicaments essentiels et dispositifs médicaux, aux niveaux de soins appropriés. Des kits de MNT peuvent être utilisés en association avec les kits de santé d'urgence inter-agences aux premières étapes de la crise pour augmenter la disponibilité des médicaments et du matériel essentiels. Ne pas utiliser ces kits pour fournir du matériel à long terme.

Formation : Former tous les niveaux de personnel clinique à la gestion des cas de MNT et tout le personnel à la gestion des MNT prioritaires, notamment les procédures opérationnelles standard sur l'orientation ⊕ cf. *Standard 1.2 Systèmes de santé : Personnel de santé.*

Promotion de la santé et éducation : Fournir des informations sur les services aux MNT et sur les sites d'accès aux soins. Les informations doivent être accessibles à tous, notamment aux personnes âgées et handicapées, afin de promouvoir les comportements sains, la modification des facteurs de risques, l'amélioration des soins à domicile et l'adhésion au traitement. Ces comportements sains peuvent comprendre une activité physique régulière ou une réduction de la consommation d'alcool et de tabac par exemple. Travailler avec différentes parties de la communauté au développement de messages et de stratégies de distribution de façon à ce qu'ils soient culturellement adaptés à l'âge, au sexe et à la culture. Adapter les stratégies de prévention et de contrôle au contexte, en tenant compte des contraintes telles que l'approvisionnement limité en nourriture ou la surpopulation.

Plans de prévention et de préparation : Inclure la gestion des MNT dans les plans nationaux d'urgence et de réponse aux catastrophes, en garantissant leur adaptation aux différents types d'établissements médicaux (petits centres de soins ou grands hôpitaux dotés d'unités de dialyse). Les centres de santé dans les contextes instables ou exposés aux catastrophes doivent être préparés à la fourniture de services destinés aux MNT.

Constituer un registre de patients présentant un état complexe et des besoins critiques et créer des protocoles opérationnels standardisés pour les orienter en cas de crise.

2.7 Soins palliatifs

Les soins palliatifs visent à prévenir et soulager les souffrances et la détresse associées aux soins de fin de vie. Ils permettent de repérer, d'évaluer et de traiter les douleurs ainsi que les autres besoins physiques, psychosociaux et spirituels. Intégrer des soins physiologiques, psychologiques et spirituels uniquement sur la base des demandes des patients et des familles, ainsi que des systèmes de soutien pour aider les patients, les familles et les soignants. Ces soins de fin de vie doivent être dispensés indépendamment de la cause.

Standard 2.7 sur les soins palliatifs : Soins palliatifs

Les personnes ont accès à des soins palliatifs et à des soins de fin de vie qui soulagent la douleur et les souffrances, maximisent le confort, la dignité et la qualité de vie des patients, et soutiennent les membres de la famille.

Actions clés

- 1 Définir des directives et des politiques pour assurer la cohérence des soins palliatifs.
 - Inclure des directives nationales et internationales concernant le contrôle de la douleur et des symptômes au sein des établissements médicaux.
 - Développer des directives de triage selon la situation médicale du patient, le pronostic et la disponibilité des ressources.
- 2 Développer un plan de soins et dispenser des soins palliatifs aux patients en fin de vie.
 - Garantir au minimum le soulagement de la douleur et la dignité face à la mort dans les cas d'urgence aiguë.
 - Analyser la façon dont le patient et la famille comprennent la situation ainsi que leurs préoccupations, leurs valeurs et leurs croyances culturelles.
- 3 Intégrer les soins palliatifs à tous les niveaux du système de santé.
 - Établir des réseaux d'orientation solides pour fournir une continuité de soutien et de soins.
 - Donner la priorité à la prise en charge des soins à domicile par la communauté.
- 4 Former les professionnels de santé aux soins palliatifs, notamment au contrôle de la douleur et des symptômes mais aussi aux soins de santé mentale et de soutien psychosocial.
 - Respecter les standards nationaux ou internationaux en l'absence de standards nationaux.
- 5 Fournir du matériel médical et des équipements essentiels.
 - Stocker les médicaments associés aux soins palliatifs et les dispositifs médicaux tels que les couches et les sondes, dans les établissements médicaux.
 - Se tenir au courant des réglementations relatives aux médicaments contrôlés qui peuvent retarder la disponibilité des médicaments essentiels.
- 6 Travailler avec les systèmes et réseaux locaux pour soutenir les patients, les soignants et les familles au sein de la communauté et à domicile.
 - Fournir du matériel pour les besoins des soins à domicile (couches, sondes urinaires et kits de bandage).



Indicateurs clés

Nombre de jours où les médicaments associés aux soins palliatifs essentiels n'étaient pas disponibles au cours des 30 derniers jours

- Moins de 4 jours

Pourcentage du personnel formé à la prise en charge des douleurs de base, au contrôle des symptômes ou aux soins palliatifs dans chaque centre de santé, hôpital, clinique mobile et hôpital de campagne

Pourcentage des patients identifiés par le système de santé comme nécessitant des soins palliatifs

Notes d'orientation

Les acteurs humanitaires doivent connaître et respecter les modes de décision locaux en matière médicale et les valeurs locales associées à la maladie, aux souffrances, à la fin de vie et à la mort. Il est important de soulager les souffrances, et les patients en fin de vie doivent bénéficier de soins de confort, que leur situation soit le résultat de blessures mortelles, de maladies infectieuses ou de tout autre motif.

Développement d'un plan de soins : Identifier les patients concernés et respecter leur droit à prendre des décisions éclairées quant à leur prise en charge. Fournir des informations neutres et tenir compte de leurs besoins et de leurs attentes. Le plan de soins doit être élaboré à partir des préférences des patients. Offrir un accès à des soins de santé mentale et à un soutien psychosocial.

Disponibilité des médicaments : Certains médicaments de soins palliatifs, les antidouleurs par exemple, sont inclus dans les modules de base et complémentaires du kit de santé d'urgence inter agences, et dans la Liste des médicaments essentiels. Les kits d'urgence inter agences sont utiles pour les premières phases d'une crise mais ne conviennent pas aux situations prolongées pour lesquelles des systèmes pérennes doivent être mis en place ⊕ cf. *Standard 1.3 Systèmes de santé : Médicaments et dispositifs médicaux essentiels* et *Références et bibliographie complémentaire*.

Famille, communauté et soutien social : Se coordonner avec les autres secteurs pour convenir d'une voie d'orientation afin que les patients et leurs familles bénéficient d'un soutien intégré. Cela comprend l'accès aux organisations ou systèmes sociaux et d'aide sociale qui offrent une aide grâce à des abris, à des kits d'hygiène et de dignité, à une aide monétaire, à des soins de santé mentale et à un soutien psychosocial ainsi qu'une assistance juridique pour garantir le respect des besoins de base quotidiens.

Travailler en collaboration avec les secteurs concernés pour suivre les familles séparées afin que les patients puissent communiquer avec elles.

Travailler avec les réseaux de soins communautaires existants, qui ont souvent formé des animateurs de soins à domicile et des travailleurs psychosociaux communautaires, pour apporter un soutien aux patients et aux membres de leurs familles et les aider à dispenser les soins à domicile si nécessaire (pour les personnes vivant avec le VIH par exemple).

Soutien religieux : Tout le soutien doit être organisé sur la base des demandes du patient et de la famille. Travailler avec des chefs religieux locaux pour identifier les fournisseurs de soins spirituels qui partagent la religion ou les croyances du patient. Ces fournisseurs peuvent agir comme ressource pour les patients, les soignants et les acteurs humanitaires.

Orienter les chefs religieux locaux sur les principes clés du soutien psychosocial pour les patients qui font face à des problèmes de santé majeurs.

Établir des mécanismes d'orientation bilatérale entre le système de santé et les chefs spirituels pour tous les patients, les soignants ou les membres de la famille qui le demandent.

Garantir le soutien de pratiques d'inhumation sûres et décentes en collaboration avec la communauté locale, conformément aux orientations nationales ou internationales ⊕ cf. *Standard 1.1 Systèmes de santé : Fourniture des services de santé.*



Annexe 1

Check-list pour l'évaluation de la santé

Préparation

- Se procurer les informations disponibles sur la population touchée par la crise.
- Se procurer les cartes, photographies aériennes et images satellites disponibles ainsi que les données du Système d'information géographique de la zone concernée.
- Se procurer les données démographiques, administratives et sanitaires.

Sécurité et accès

- Déterminer l'existence de risques naturels ou provoqués par l'homme.
- Déterminer la situation générale en matière de sécurité, notamment la présence de forces armées.
- Déterminer dans quelle mesure les agences humanitaires ont accès à la population touchée par la crise.

Démographie et structure sociale

- Déterminer la taille de la population touchée par la crise ; ventiler la population par âge, par sexe et par handicap.
- Recenser les groupes les plus exposés, comme les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH ou les groupes marginalisés.
- Déterminer la taille moyenne des foyers et le nombre approximatif des foyers ayant à leur tête une femme ou un enfant.
- Déterminer la structure sociale existante et les normes relatives au genre, notamment les positions d'autorité et/ou d'influence au sein de la communauté et du foyer.

Informations relatives au contexte sanitaire

- Répertorier les problèmes sanitaires qui existaient déjà avant la crise dans la zone touchée.
- Répertorier les problèmes sanitaires qui existaient déjà avant la crise dans le pays d'origine des réfugiés ou dans la région d'origine pour les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.
- Repérer les risques existants pour la santé, par exemple les maladies épidémiques éventuelles.
- Répertorier les obstacles préexistants et existants aux soins de santé, les normes sociales et les croyances, y compris les pratiques positives et nuisibles.
- Répertorier les sources antérieures de soins de santé.
- Analyser les différents aspects du système de santé et leur performance
⊕ cf. *Standards 1.1 à 1.5 sur les systèmes de santé.*

Taux de mortalité

- Calculer le taux brut de mortalité.
- Calculer les taux de mortalité par âge (par exemple, chez les moins de 5 ans).
- Calculer les taux de mortalité attribués à certaines causes.
- Calculer le taux de mortalité proportionnel.

Taux de morbidité

- Déterminer l'incidence des principales maladies importantes en termes de santé publique.
- Déterminer l'incidence des principales maladies pour chaque tranche d'âge et chaque sexe, si possible.

Ressources disponibles

- Déterminer les capacités du ministère de la santé du pays touché par la crise.
- Déterminer la situation en matière d'établissements médicaux nationaux, notamment leur nombre total par type de soins prodigués, le degré de dégradation des infrastructures et l'accessibilité.
- Déterminer les effectifs et les compétences du personnel de santé disponible.
- Déterminer les budgets disponibles pour la santé et le mécanisme de financement.
- Déterminer la capacité et l'état de fonctionnement des programmes de santé publique existants, notamment du Programme élargi de vaccination.
- Déterminer la disponibilité des protocoles standardisés, des médicaments essentiels, du matériel et des équipements médicaux, et des systèmes logistiques.
- Déterminer l'état des systèmes d'orientation existants.
- Déterminer le niveau des standards de Prévention et contrôle des infections (PCI) dans les établissements médicaux.
- Déterminer l'état du système d'information sanitaire existant.

Données d'autres secteurs pertinents

- État nutritionnel.
- Conditions WASH et environnementales.
- Panier alimentaire et sécurité alimentaire.
- Abris - Qualité des abris.
- Éducation - Éducation à la santé et à l'hygiène.



Annexe 2

Exemples de formulaires de rapport hebdomadaire de surveillance

2.1 Formulaire de surveillance de la mortalité (cumulée)*

Site :

Date : du lundi.....au dimanche

Population totale au début de cette semaine :

Naissances cette semaine :Décès cette semaine :

Arrivées cette semaine (le cas échéant) :Départs cette semaine :

Population totale à la fin de la semaine :

Population totale des moins de 5 ans :

| | <5 ans | | 5 ans et plus | | total |
|--|----------|---------|---------------|---------|-------|
| | masculin | féminin | masculin | féminin | |
| Cause immédiate | | | | | |
| Infection aiguë des voies respiratoires inférieures | | | | | |
| Choléra (suspecté) | | | | | |
| Diarrhée – sanglante | | | | | |
| Diarrhée – aqueuse | | | | | |
| Blessure - non accidentelle | | | | | |
| Paludisme | | | | | |
| Mort maternelle - directe | | | | | |
| Rougeole | | | | | |
| Méningite (suspectée) | | | | | |
| Néonatale (0-28 jours) | | | | | |
| Autre | | | | | |
| Inconnue | | | | | |
| Total par âge et par sexe | | | | | |
| Cause profonde | | | | | |
| SIDA (suspecté) | | | | | |
| Malnutrition | | | | | |
| Mort maternelle - indirecte | | | | | |
| Maladies non transmissibles (préciser) | | | | | |
| Autre | | | | | |
| Total par âge et par sexe | | | | | |

*Ce formulaire est utilisé lorsque de nombreux décès surviennent et qu'il est impossible de recueillir des informations plus détaillées sur chacun d'eux, par manque de temps.

- D'autres causes de mortalité peuvent être ajoutées selon le contexte et les caractéristiques épidémiologiques.
- Les données peuvent être ventilées par tranches d'âge supplémentaires (0-11 mois, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans, 50-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans, 80 ans et plus), si cela est faisable.
- Les décès pourront être signalés par les établissements médicaux, mais également par les responsables du site, les chefs religieux, les agents communautaires, les groupes de femmes et les hôpitaux spécialisés.
- Dans la mesure du possible, les définitions de cas seront notées au verso du formulaire.

2.2 Formulaire de surveillance de la mortalité (comptes-rendus individuels)*

Site :

Date : du lundi..... au dimanche.....

Population totale au début de cette semaine :

Naissances cette semaine : Décès cette semaine :

Arrivées cette semaine (le cas échéant) :

Départs cette semaine :

Population totale à la fin de la semaine :

Population totale des moins de 5 ans :

| No | Sexe (m, f) | Âge (jours=j, mois=m, années=a) | Cause directe du décès | | | | | | | | | | Causes profondes | | | | | | | | | |
|----|-------------|---------------------------------|---|--------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|-----------|---------------------------|----------|-----------------------|------------------------|------------------------------------|------------------|----------|-----------------|--------------|-----------------------------|------------------|-----------------|--|----------------------------------|
| | | | Infection aiguë des voies respiratoires inférieures | Choléra (suspecté) | Diarrhée – sanglante | Diarrhée – aqueuse | Blessure - non accidentelle | Paludisme | Mort maternelle - directe | Rougeole | Méningite (suspectée) | Néonatale (0-28 jours) | Mal. non transmissibles (préciser) | Autre (préciser) | Inconnue | SIDA (suspecté) | Malnutrition | Mort maternelle (indirecte) | Autre (préciser) | Date (jj/mm/aa) | Emplacement sur le site (p. ex. bloc n° 1) | Décédé à l'hôpital ou à domicile |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* Ce formulaire est utilisé lorsqu'on a le temps de consigner les données sur les décès individuels ; il permet une analyse en fonction de l'âge, du lieu et du taux d'utilisation des installations.

–La fréquence des comptes-rendus (journaliers ou hebdomadaires) dépendra du nombre de décès.

–D'autres causes de décès peuvent être ajoutées selon le contexte.

–Les décès ne seront pas seulement signalés par les établissements médicaux, mais également par les responsables du site, les chefs religieux, les agents communautaires, les groupes de femmes et les hôpitaux spécialisés.

–Dans la mesure du possible, les définitions de cas seront notées au verso du formulaire.

–Les données peuvent être ventilées par tranches d'âge supplémentaires (0–11 mois, 1–4 ans, 5–14 ans, 15–49 ans, 0–59 ans, 60 ans et plus), si cela est faisable.



2.3 Modèle de formulaire de rapport d'alerte précoce (API)

Ce formulaire doit être utilisé dans la phase aiguë de la crise lorsque le risque d'événements de santé publique, tels que traumatisme, empoisonnements ou maladies à tendance épidémique, est élevé.

Date : du lundi au dimanche

Ville/village/établissement/camp :

Province : District :

Sous-district : Nom du site :

▪ Hospitalisation ▪ Ambulatoire ▪ Centre de soins ▪ Clinique mobile

Agence(s) d'appui :

Évaluateur et numéro de contact :

Population totale : Population totale des moins de 5 ans :

A. DONNÉES CUMULÉES HEBDOMADAIRES

| Nouveaux cas : | Morbidity | | Mortality | | Total |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|
| | <5 ans | 5 ans et + | <5 ans | 5 ans et + | |
| TOTAL DES ADMISSIONS | | | | | |
| TOTAL DES DÉCÈS | | | | | |
| Infection respiratoire aiguë | | | | | |
| Diarrhée aqueuse aiguë | | | | | |
| Diarrhée sanglante aiguë | | | | | |
| Paludisme - suspecté/confirmé | | | | | |
| Rougeole | | | | | |
| Méningite - suspectée | | | | | |
| Fièvre hémorragique aiguë | | | | | |
| Syndrome ictérique aigu | | | | | |
| Paralysie flasque aiguë (PFA) | | | | | |
| Tétanos | | | | | |
| Autre fièvre >38,5 °C | | | | | |
| Traumatisme | | | | | |
| Autres | | | | | |
| Total | | | | | |

- Plusieurs diagnostics sont possibles. Noter le plus important. Compter chaque cas une fois seulement.
- Compter uniquement les cas constatés (ou les décès enregistrés) au cours de la semaine de surveillance.
- Inscrire « 0 » (zéro) si aucun cas ou décès n'a été enregistré pendant la semaine pour l'une des pathologies de la liste.
- Inscrire les décès dans la section mortalité uniquement et NON dans la section morbidité.
- Inscrire les définitions de cas pour chaque pathologie sous surveillance au dos du formulaire.
- Les causes de morbidité peuvent être ajoutées ou supprimées selon l'épidémiologie et l'évaluation du risque de la maladie.
- Le but de la surveillance API est la détection précoce des maladies à fort risque épidémique.
- Les données sur des états comme la malnutrition doivent provenir d'enquêtes (prévalence) plutôt que de la surveillance (incidence).

B. ALERTE DE FLAMBÉE

En cas de suspicion d'une des maladies suivantes, envoyez un SMS ou composez le ou envoyez un courriel avec le maximum d'informations sur la date, le lieu et le nombre de cas ou de décès : choléra, shigellose, rougeole, polio, typhoïde, tétanos, hépatite A ou E, dengue, méningite, diphtérie, coqueluche, fièvre hémorragique. Cette liste peut varier en fonction du profil épidémiologique du pays.

2.4 Exemple de formulaire de rapport de routine de surveillance du Système de gestion de l'information santé (SGIS)

Site :

Date : du lundi..... au dimanche.....

Population totale au début de cette semaine ou du mois :

Naissances cette semaine ou ce mois-ci :

Décès cette semaine ou ce mois-ci :

Arrivées cette semaine ou ce mois-ci (le cas échéant) :

Départs cette semaine ou ce mois-ci :

Population totale à la fin de la semaine ou du mois :

Population totale des moins de 5 ans :

| Morbidité | Moins de 5 ans (nouveaux cas) | | 5 ans et + (nouveaux cas) | | Total | | | Rechutes | |
|---|----------------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|-------|--------------|----------|--|
| | Homme | Femme | Total | Homme | Femme | Total | Nouveaux cas | Total | |
| Diagnostic | | | | | | | | | |
| Infection respiratoire aiguë | | | | | | | | | |
| Diarrhée aqueuse aiguë | | | | | | | | | |
| Diarrhée sanglante aiguë | | | | | | | | | |
| Paludisme - suspecté/ confirmé | | | | | | | | | |
| Rougeole | | | | | | | | | |
| Méningite - suspectée | | | | | | | | | |
| Fièvre hémorragique aiguë | | | | | | | | | |
| Syndrome ictérique aigu | | | | | | | | | |
| Paralysie flasque aiguë (PFA) | | | | | | | | | |
| Tétanos | | | | | | | | | |
| Autre fièvre >38,5 °C | | | | | | | | | |
| VIH/SIDA | | | | | | | | | |
| Maladies des yeux | | | | | | | | | |
| Maladies de la peau | | | | | | | | | |
| Malnutrition aiguë | | | | | | | | | |
| Infection sexuellement transmissible | | | | | | | | | |
| Ulcère génital | | | | | | | | | |
| Écoulement urétral chez l'homme | | | | | | | | | |
| Écoulement vaginal | | | | | | | | | |
| Atteinte inflammatoire pelvienne (AID) | | | | | | | | | |
| Conjonctivite neonatale | | | | | | | | | |
| Syphilis congénitale | | | | | | | | | |
| Maladies non transmissibles | | | | | | | | | |
| Hypertension | | | | | | | | | |
| Cardiopathie ischémique | | | | | | | | | |
| Diabète | | | | | | | | | |



| Morbidité | Moins de 5 ans (nouveaux cas) | | 5 ans et + (nouveaux cas) | | Total | | Rechutes | |
|---|----------------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|-------|--------------|-------|
| | Homme | Femme | Total | Homme | Femme | Total | Nouveaux cas | Total |
| Asthme | | | | | | | | |
| Maladie pulmonaire obstructive chronique | | | | | | | | |
| Épilepsie | | | | | | | | |
| Autres MNT chroniques | | | | | | | | |
| Santé mentale | | | | | | | | |
| Troubles liés à la consom- mation d'alcool ou d'une autre substance | | | | | | | | |
| Handicap intellectuel et troubles du comporte- ment | | | | | | | | |
| Troubles psychotiques (notamment les troubles bipolaires) | | | | | | | | |
| Démence ou état confusionnel aigu | | | | | | | | |
| Troubles affectifs modérés à sévères/ dépression | | | | | | | | |
| Maladies somatiques sans explication médicale | | | | | | | | |
| Automutilation (notamment la tentative de suicide) | | | | | | | | |
| Autres maladies psychologiques | | | | | | | | |
| Blessures | | | | | | | | |
| Blessure importante à la tête/colonne vertébrale | | | | | | | | |
| Blessure importante au torse | | | | | | | | |
| Blessure importante aux extrémités | | | | | | | | |
| Blessure modérée | | | | | | | | |
| Blessure légère | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

Les données peuvent être ventilées par tranches d'âge supplémentaires (0–11 mois, 1–4 ans, 5–14 ans, 15–49 ans, 50–59 ans, 60 ans et plus), si cela est faisable.

Annexe 3

Formules de calcul des indicateurs de santé clés

Taux brut de mortalité (TBM)

Définition : Nombre de décès dans l'ensemble de la population pour les deux sexes et toutes les tranches d'âge.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de décès sur la période}}{\text{Nombre de personnes à risque à la mi-période} \times \text{Nombre de jours sur la période}} \times 10\,000 \text{ personnes} = \text{Décès}/10\,000 \text{ personnes/jour}$$

Taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)

Définition : nombre de décès parmi les enfants âgés de moins de 5 ans dans la population.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de décès chez les moins de 5 ans sur la période}}{\text{Nombre total d'enfants âgés de moins de 5 ans} \times \text{nombre de jours sur la période}} \times 10\,000 \text{ personnes} = \text{Décès}/10\,000 \text{ enfants âgés de moins de 5 ans/jour}$$

Taux d'Incidence

Définition : nombre de nouveaux cas pour une maladie sur une période donnée parmi une population susceptible de développer la maladie.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas dus à une maladie spécifique sur la période}}{\text{Population susceptible de développer la maladie} \times \text{nombre de mois sur la période}} \times 1\,000 \text{ personnes} = \text{Nouveaux cas dus à une maladie spécifique}/1\,000 \text{ personnes/mois}$$



Taux de létalité (TL)

Définition : nombre de personnes décédées d'une maladie divisé par le nombre de personnes atteintes de la maladie.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre de personnes décédées de la maladie sur la période}}{\text{Personnes atteintes de la maladie sur la période}} \times 100 = x\%$$

Taux d'utilisation des établissements médicaux

Définition : nombre de visites en ambulatoire par personne et par an. Distinguer les nouvelles visites des anciennes, si cela est possible. Ce sont les **nouvelles** visites qui sont utilisées pour calculer ce taux. Cependant, il est souvent difficile de faire la différence entre les nouvelles et les anciennes visites. Elles sont donc souvent additionnées pour donner le nombre total de visites au cours d'une crise.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de visites en une semaine}}{\text{Population totale}} \times 52 \text{ semaines} = \text{Visites/personne/an}$$

Nombre de consultations par praticien et par jour

Définition : nombre moyen de consultations totales (nouveaux cas et anciens cas) par chaque praticien et par jour

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de consultations par semaine}}{\text{Nombre de praticiens ETP* au sein d'un établissement médical}} + \frac{\text{Nombre de jours d'ouverture de l'établissement médical par semaine}}{1}$$

* L'ETP (équivalent temps plein) correspond au nombre équivalent de praticiens travaillant dans un établissement de santé. Par exemple, lorsque six praticiens travaillent au sein du service ambulatoire mais que deux sont à mi-temps, le nombre de praticiens ETP sera égal à 4 personnes à temps plein + 2 personnes à mi-temps, soit 5 praticiens ETP.

Annexe 4

Empoisonnement

Un empoisonnement peut survenir lorsque les personnes sont exposées à des produits chimiques toxiques par la bouche, le nez, la peau, les yeux, les oreilles ou par ingestion. Les enfants sont plus exposés car ils respirent plus vite, présentent une grande surface par rapport à leur masse corporelle, une peau plus perméable et ils sont plus proches du sol. Les empoisonnements toxiques peuvent affecter le développement d'un enfant, provoquant notamment un retard de croissance, une mauvaise nutrition et éventuellement des maladies ou le décès.

Prise en charge initiale

Lorsque des patients se présentent à l'établissement médical et que l'on sait qu'ils ont été exposés à des produits chimiques ou s'ils présentent des signes et des symptômes d'exposition chimique :

- prendre certaines mesures et porter notamment un équipement de protection individuelle (EPI) ;
- trier les patients ;
- leur prodiguer les soins d'urgence vitale ;
- procéder à leur décontamination (par exemple, les faire se déshabiller ou rincer les zones touchées avec de l'eau savonneuse) idéalement à l'extérieur de l'établissement afin d'empêcher d'autres expositions ; puis
- appliquer les protocoles de traitement suivants, notamment un traitement de soutien.

Protocoles de traitement

Ils peuvent varier selon le pays. En général, un antidote et un traitement de soutien (pour la respiration notamment), sont nécessaires.

Le tableau ci-après présente les symptômes d'une exposition chimique et des antidotes couramment administrés.



Symptômes d'exposition à des produits chimiques toxiques et traitement possible

| Catégorie de produit chimique toxique | Caractéristiques d'exposition courantes | Antidotes (variables selon les directives nationales) |
|---|---|--|
| Agents neurotoxiques tels que le sarin, le tabun ou le VX. | Micro-pupilles ; vision trouble ; maux de tête ; sécrétions abondantes ; oppression thoracique et respiration difficile ; nausées ; vomissements ; diarrhée ; contractions musculaires ; convulsions ; perte de conscience. | Atropine Oximes (pralidoxime, obidoxime) Benzodiazépines (anticonvulsifs) |
| Agents vésicants tels que le gaz moutarde. | Larmoiments ; irritation des yeux ; conjonctivite ; lésions de la cornée ; rougeurs et boursouffures de la peau avec des douleurs ; détresse respiratoire. | Traitement de soutien +/- thiosulfate de sodium Par exemple : irrigation oculaire, antibiotiques topiques, lavage de la peau, bronchodilatateurs Utiliser du thiosulfate de sodium dans les cas graves |
| Cyanure | Manque d'air ; asphyxie ; convulsions ; confusion ; nausées. | Nitrite d'amyle (premiers secours) Nitrite d'amyle et nitrite de sodium ou avec du 4 DMAP ou Hydroxocobalamine ou Édétate dicobaltique |
| Agents incapacitants tels que le gaz BZ | Bouche et peau sèches ; tachycardie ; état de conscience altéré ; délires ; hallucinations ; hyperthermie ; incoordination ; pupilles dilatées. | Physostigmine |
| Gaz lacrymogène et agents de lutte antiéméute. | Picotements et brûlures des muqueuses ; larmoiment ; salivation ; écoulement nasal ; oppression thoracique ; maux de tête ; nausées. | Traitement de soutien principalement |
| Chlore | Yeux rouges et larmoiment ; irritation du nez et de la gorge ; toux ; suffocation ou sensation d'étouffement ; essoufflement ; sifflement ; voix rauque ; œdème pulmonaire. | N-acétylcystéine (NAC) |
| Thallium (raticide) | Douleurs abdominales ; nausées ; vomissements ; diarrhée ; constipation ; convulsions ; état confusionnel aigu ; dépression ; pertes des cheveux et des poils ; neuropathie périphérique douloureuse et faiblesse motrice distale ; ataxie ; déficits neurocognitifs. | Bleu de Prusse |
| Plomb | Anorexie ; vomissements ; constipation ; douleurs abdominales ; pâleur ; inattention ; faiblesse ; paralysies périphériques. | Chélation |
| Organophosphates (comprend certains insecticides et gaz neurotoxiques) | Salivation ; larmoiment ; miction ; défécation ; crampes gastriques ; vomissements. | Atropine Oximes (pralidoxime, obidoxime) |

Modifié par la directive de l'OMS Hygiène de l'environnement dans les situations d'urgence.

Références et bibliographie complémentaire

Santé et droits de l'homme

Le droit à la santé : Fiche d'information n°31. OHCHR et OMS, 2008.
<https://www.ohchr.org>

Coordination civilo-militaire

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011.
www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014.
<http://www.unocha.org>

Protection et droit international humanitaire

Principes éthiques relatifs aux soins de santé en situation de conflit armé ou d'urgence. CICR, Genève, 2015. <https://www.icrc.org>

Les soins de santé en danger : Les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence. CICR, 2012. <https://app.icrc.org>

Les services ambulanciers et préhospitaliers dans les situations de risque. CICR, 2013. <https://www.icrc.org>

Des structures médicales plus sûres et mieux préparées aux conflits armés et autres situations d'urgence. CICR, 2015. <https://www.icrc.org>

Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé. OMS, 2013. <http://apps.who.int>

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012.
<https://resourcecentre.savethechildren.net>

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. <http://www.mrmtools.org>

Coordination

Module de référence pour la coordination sectorielle au niveau national. CPI, 2015.
<https://www.humanitarianresponse.info>

Guide Responsabilité Sectorielle Santé. Global Health Cluster, 2009.
<http://www.who.int>

Santé en situation d'urgence

Garantir l'accès aux soins de santé. Directives opérationnelles en matière de protection des réfugiés et solutions dans les zones urbaines. ACNUR, 2011. <http://www.unhcr.org>



Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. <http://pdf.usaid.gov>

Blanchet, K et al. *Evidence on public health interventions in humanitarian crises*. The Lancet, 2017: <http://www.thelancet.com>

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. <http://refbooks.msf.org>

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks*. The Lancet, 2010. <http://www.thelancet.com>

Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Directives cliniques

Guide clinique et thérapeutique – Pour les programmes curatifs des hôpitaux et dispensaires, à l'usage des prescripteurs. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

Systèmes de santé

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone*. Journal of Public Health, 2015. <https://academic.oup.com>

Stratégie de l'OMS en faveur des systèmes de santé. OMS, 2007. <http://www.who.int>

Analyse du secteur de la santé dans les urgences complexes – un manuel modulaire. OMS, 2009. <http://www.who.int>

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. <http://www.euro.who.int>

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa*. *Emerging Infection Diseases Vol 22*. CDC, 2016. <https://wwwnc.cdc.gov>

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Sécurité

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Prévention et lutte contre les infections

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. <https://www.cdc.gov>

Gestion des dépouilles mortelles lors de catastrophes: manuel pratique à l'usage des premiers intervenants, Deuxième édition. CICR, FICR, 2016. <https://www.icrc.org>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009. <http://oops.msf.org>

Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée. OMS, 2016. <http://apps.who.int>

Principes directeurs pour l'élimination sans risques des produits pharmaceutiques non utilisés pendant et après les situations d'urgence. OMS, 1999. <http://apps.who.int>

Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. OMS, 2008. <http://www.who.int>

Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. <https://www.cdc.gov>

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Personnel de santé

Classification internationale type de professions : Structure, définitions et tables de correspondance. OIT, 2012. <http://www.ilo.org>

Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. OMS, 2016. <http://www.who.int>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

WISN Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail. OMS, 2010. <http://www.who.int>

Sources et classification des statistiques sur les personnels de santé. OMS. <http://www.who.int>

Travailler ensemble pour la santé – rapport sur la santé dans le monde 2006. OMS 2006. <http://www.who.int>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Médicaments

Listes modèles OMS des médicaments essentiels 17e édition. OMS, 2017. <http://www.who.int>

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. <http://www.who.int>

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.

Principes directeurs applicables aux dons de médicaments. OMS, 2010. www.who.int

Model Formulary for children. WHO, 2010. <http://apps.who.int>

Kits de santé reproductive Inter-organisations à utiliser en situations de crise. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org>



Dispositifs médicaux y compris les dispositifs d'aide

Core Medical Equipment. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Enquête mondiale sur les aides techniques prioritaires. The GATE Initiative, OMS et USAID, 2016. <http://www.who.int>

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO <http://www.who.int>

Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus. OMS, 2008. <http://www.who.int>

Médicaments contrôlés

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle. Orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle. OMS, 2011. <http://digicollection.org>

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. <http://www.incb.org>

Produits sanguins

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. <http://apps.who.int>

Sécurité transfusionnelle et approvisionnement en sang. OMS, 2017. <http://www.who.int>

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Financement de la santé

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. <http://www.who.int>

La couverture sanitaire universelle : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. OMS, 2014. <http://apps.who.int>

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Informations médicales

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 <https://interagencystandingcommittee.org>

Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base. OMS, 2015. <http://apps.who.int>

Évaluations des besoins en matière de santé et priorisation des services de santé

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. <http://evaluation.msf.org>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. <http://www.who.int>

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. <http://www.who.int>

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int>

Prévention des maladies transmissibles

Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë : Cadre pour la prise de décision. OMS, 2017. <http://www.who.int>

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. <http://thementorinitiative.org>

Maladies transmissibles (maladies spécifiques)

Prise en charge d'une épidémie de rougeole. MSF, 2014. <http://refbooks.msf.org>

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Contrôle des épidémies de méningite en Afrique. OMS, 2015. <http://apps.who.int>

Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages. OMS, 2011. <http://www.who.int>

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. <http://www.who.int>

Directives pour la lutte contre la shigellosis, y compris lors d'épidémies dues à Shigella dysenteriae type 1. OMS, 2005. <http://apps.who.int>

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov



Détection des flambées épidémiques et intervention précoce

Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int/wer/2018/wer9320/en/>
Early warning, alert and response (EWAR) : a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018.

Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH). OMS. <http://www.who.int>

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWAR implementation. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Détection précoce, évaluation et réponse lors d'une urgence de santé publique. OMS, 2014. <http://www.who.int>

Préparation et intervention en cas de flambée épidémique

Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées. OMS, 2008. <http://whqlibdoc.who.int>

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Préparation et Réponse aux Épidémies dans les Camps de Réfugiés. Principes directeurs destinés aux fonctionnaires de la santé publique. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Santé du nouveau-né et de l'enfant

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. <http://iawg.net>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. <https://www.rescue.org>

145 Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques. Relevé épidémiologique hebdomadaire. OMS, 2016. <http://www.who.int>

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. <http://www.who.int>

Santé sexuelle et reproductive

Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise et OMS, 2018. <http://www.who.int>

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IAWG and Women's Refugee Commission. 2011. <http://iawg.net>

Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, 3ème édition. OMS, 2016. <http://www.who.int>

Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale. OMS, 2015. <http://www.who.int>

Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. OMS, 2015. <http://www.who.int>

Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire. UNFPA et Save the Children, 2009. <https://www.unfpa.org>

Kits de santé reproductive inter-organisations à utiliser en situations de crise, 5^e édition. UNFPA/IAWG, 2011. <https://www.unfpaprocurement.org>

Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol

Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire. Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. CPI, 2015. <https://gbvguidelines.org>

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. <http://iawg.net>

La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire. Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux International Rescue Committee et UNICEF, 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. <http://www.who.int>

Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, Edition révisée, pp.44–47. OMS, UN Population Fund, et UNHCR, 2004. <http://www.who.int>

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. <http://apps.who.int>

VIH

PMCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. <http://iawg.net>

Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique. OMS, 2016. <http://www.who.int>

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires. OMS, 2012. <http://www.who.int>

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. <http://www.unaids.org>

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org>



Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. <http://www.unhcr.org>

Blessures et traumatismes

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. <https://eccguidelines.heart.org>

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. <http://cdphready.org>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. <https://cprguidelines.eu>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. <https://www.icrc.org>

Manuel d'anesthésie, Annexe 3 : Protocole de prise en charge de la douleur du CICR. CICR, 2017. <https://shop.icrc.org>

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. <http://ifrc-ecbhfa.org>

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. <http://apps.who.int>

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. <https://extranet.who.int>

Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. <http://www.who.int>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. <https://www.humanitarianresponse.info>

Santé mentale

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

Promouvoir l'entraide et le soutien social communautaire (Aide-mémoire 5.2), Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. CPI, 2007. <http://www.who.int>

Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir, Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence. CPI, 2010. <http://www.who.int>

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

Formation en Premiers Secours Psychologiques. Manuel à l'intention des professionnels travaillant avec des enfants. Save the Children, 2013. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Premiers secours psychologiques : guide pour les acteurs de terrain. OMS, War Trauma Foundation et World Vision International, 2011. <http://apps.who.int>

Reconstruire en mieux. Pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence. OMS, 2013. <http://apps.who.int>

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP). Prise en charge Clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire. OMS et UNHCR, 2015. <http://apps.who.int>

Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien. Vade-mecum pour les situations humanitaires. OMS et UNHCR, 2012. <http://www.who.int>

Maladies non transmissibles

Jobanputra, K. Bouille, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises.* PLOS Medicine, 2016. <http://journals.plos.org>

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles. OMS, 2013. <http://www.who.int>

Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT). OMS, 2016. <http://www.who.int>

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. <http://www.who.int>



Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies*. The Lancet, 2016. <http://www.thelancet.com>

Soins palliatifs

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012. <https://interagencystandingcommittee.org>

Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. CPI, 2007. <http://www.who.int>

Prendre soin des volontaires. Psychosocial Centre IFRC, 2015. <http://pscentre.org>

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com>

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources*. Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Nouvet, E, Chan, E, Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua*. Global public health, NCBI, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Powell, RA, Schwartz, L, Nouvet, E, Sutton, B, et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer*. The Lancet, 2017. <http://www.thelancet.com>

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings*. War Trauma Foundation, 2013. <https://www.interventionjournal.com>

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007. <http://www.who.int>

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

Empoisonnement

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Bibliographie complémentaire

Pour des suggestions de lectures complémentaires, vous référer à : www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Bibliographie complémentaire

Coordination civilo-militaire

Manuel de terrain de la fonction UN-CMCoord. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/FR_Field%20Handbook.pdf

Coordination

Global Health Cluster. <http://www.who.int/health-cluster/en/>

Systèmes de santé

Renforcement des systèmes de santé du diagnostic à la planification. Action Contre la Faim, 2017. <https://www.actioncontrelafaim.org/publication/renforcement-des-systemes-de-sante-du-diagnostic-a-la-planification/>

Newbrander et al. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states.* NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Approach to Health Systems Strengthening. UNICEF, 2016. https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

van Olmen, J et al. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas.* BMC Public Health, 2012. <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774>

Strategizing national health in the 21st century: a handbook. WHO, 2017. <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO, 2010. <http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

Sécurité

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. WHO, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. WHO, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&Allowed=y>

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. WHO, 2015. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>

Médicaments

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/>



Dispositifs médicaux y compris les dispositifs d'aide

List of Prequalified in vitro diagnostic products. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

Médicaments contrôlés

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Financement de la santé

Doocy et al. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review.* International Initiative for Impact Evaluation, 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang et al. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda.* Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Informations médicales

Checchi et al. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action.* The Lancet, 2017. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30702-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract)

Creating a master health facility list. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies.* WHO Bulletin, 2005. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>

Évaluations des besoins en matière de santé et priorisation des services de santé

Checchi, F et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61.* Humanitarian Practice Network, December 2007. <https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/>

Prioritising Health Services in humanitarian crises. Health and Education Research Team, 2014. <http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/>

Waldman, R.J. *Prioritising health care in complex emergencies.* The Lancet, 2001. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04568-2/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login)

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Prévention des maladies transmissibles

Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë : Guide pour la mise en œuvre. OMS, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259877/WHO-IVB-17.13-fre.pdf?sequence=1>

Détection des flambées épidémiques et intervention précoce

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO, 2013. <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>

Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte dans la Région Africaine. Manuel de formation à la surveillance à base communautaire. OMS, 2015. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/surveillance-%C3%A0-base-communautaire_idsr_manuel-de-formation.pdf

Préparation et intervention en cas de flambée épidémique

Ebola: principaux messages pour la mobilisation sociale. Ensemble de documents d'orientation sur la maladie à virus Ebola. OMS, 2014. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/fr/>

Santé du nouveau-né et de l'enfant

Classification et traitement des cas de pneumonie chez l'enfant dans les établissements de santé selon l'OMS : version révisée. Résumé des données. OMS, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181531/9789242507812_fre.pdf?sequence=1

Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought.* Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001. https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. Pediatrics. 2015. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112>

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

Blessures et traumatismes

Joshi, GP et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™.* The American Surgeon, NCBI, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860>

Malchow, Rj et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism.* Critical Care Medicine, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262>

Providing Care for an Influx of Wounded. MSF, 2008. <http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf>



Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale (Première édition). OMS et Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients, 2008 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70081/WHO_IER_PSP_2008.05_fre.pdf?sequence=1

EMT initiative. WHO, 2017. <https://extranet.who.int/emt/page/home>

Emergency Trauma Care. World Health Organization, 2017. <http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/>

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO, 2016. <http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>

Santé mentale

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Menta-Health-Integration_Toolkit

Maladies non transmissibles

Demaio, A, Jamieson, J, Horn, R, de Courten, M, Tellier, S. *Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action.* PLOS Currents Disasters, 2013. <http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/>

Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. OMS, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/

Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. OMS, 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44253/9789242597417_fre.pdf?sequence=1

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. WHO, 2008.

Soins palliatifs

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychological programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychological-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith>

Faith Leader Toolkit. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. <http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/>

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Institute of Medicine. 2012. <https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster>

Knoul, F, Farmer, P.E. et al. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control.* The Lancet, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Empoisonnement

Manuel pour la gestion de l'aspect santé publique des accidents chimiques, Manuel OMS. OMS, 2009. http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. Centers for Disease Control and Prevention, 2013. <https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp>

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010. <https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf>

Chemical Hazards Compendium. UK Government, 2013. <https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium>





Annexes

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Annexe 1: Le fondement juridique de Sphère..... | 421 |
| Annexe 2: 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 catastrophes | 432 |
| Annexe 3: Abréviations et acronymes..... | 440 |

Annexe 1

Le fondement juridique de Sphère

La Charte humanitaire expose nos convictions partagées et nos principes communs concernant l'action humanitaire et les responsabilités dans les situations de catastrophe ou de conflit, sachant que ces convictions et principes sont reflétés dans le droit international. La liste de documents essentiels ci-dessous comprend les actes juridiques internationaux les plus pertinents concernant les droits de l'homme internationaux, le droit international humanitaire (DIH), le droit des réfugiés et l'action humanitaire. Elle n'entend pas englober les lois régionales et leurs évolutions. Des ressources supplémentaires et des liens Internet vers de nombreuses autres directives, principes, standards et cadres sont disponibles sur le site Internet de Sphère : www.spherestandards.org/fr/. Les notes sont fournies uniquement pour les documents qui nécessitent des explications, qui ont été ajoutés récemment ou qui comportent des chapitres particuliers sur les catastrophes ou les conflits.

Le manuel Sphère reflète les préoccupations particulières qui sont prises en compte dans le cadre juridique international. Ces préoccupations portent notamment sur le droit à la sécurité personnelle et à la dignité, le droit d'être libéré de toute discrimination, les droits à l'eau et à l'assainissement, au logement, à la sécurité alimentaire, à la nutrition et aux soins de santé. Si certains de ces droits sont énoncés dans des pactes internationaux spécifiques, ils sont tous repris dans un des actes généraux concernant les droits de l'homme afférents soit aux droits civils et politiques, soit aux droits économiques, sociaux et culturels.

La présente annexe comprend des documents qui sont organisés par thèmes et sont répartis dans les cinq catégories suivantes :

1. **Droits de l'homme, protection et vulnérabilité**
2. **Conflits armés et aide humanitaire**
3. **Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays**
4. **Catastrophes et aide humanitaire**
5. **Cadres de politiques humanitaires, directives et principes concernant les droits de l'homme, la protection et la vulnérabilité dans la préparation aux urgences et dans les interventions** (en ligne: www.spherestandards.org/fr/manuel/ressources-en-ligne)

Par souci de clarté quant au statut de chaque document relevant des catégories susvisées, ceux-ci sont classés comme suit: a) traités et droit coutumier, ou b) principes et directives officiellement adoptés par les Nations unies et autres instances intergouvernementales.

1. Actes internationaux concernant les droits de l'homme, la protection et la vulnérabilité

Les documents suivants portent essentiellement sur les droits de l'homme reconnus dans des traités et des déclarations universels. Un certain nombre de documents importants concernant l'âge (enfants et personnes âgées), les questions de genre et le handicap ont aussi été retenus car ces sujets sont des sources de vulnérabilité très fréquentes lors de catastrophes ou de conflits armés.

1.1 Traités et droit coutumier concernant les droits de l'homme, la protection et la vulnérabilité

Les traités sur les droits de l'homme s'appliquent aux États signataires des traités concernés mais le droit coutumier (interdiction de la torture) s'applique à tous les États. Les droits de l'homme sont applicables en tout temps, avec deux exceptions possibles :

- Certains droits civiques et politiques d'exercice limité peuvent être suspendus dans le cas où une urgence nationale exceptionnelle est déclarée officiellement, conformément à l'article 4 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (« par dérogation »).
- En période de conflits armés reconnus, le droit international humanitaire prime en cas de contradiction avec le droit international des droits de l'homme.

1.1.1 Les droits de l'homme universels

Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 217 A(III) du 10 décembre 1948. <http://www.un.org>

Commentaire : Proclamée par l'Assemblée générale des Nations unies en 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme affirme, pour la première fois, que les droits fondamentaux de la personne humaine doivent jouir d'une protection universelle. Il ne s'agit pas d'un traité mais elle est généralement considérée comme faisant partie du droit international coutumier. La première phrase du préambule introduit la notion de « dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine » comme étant un des fondements des droits de l'homme, et l'article premier stipule que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ».

Pacte international de 1966 relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 2200A (XXI) du 16 décembre 1966, entré en vigueur le 23 mars 1976, Nations unies, Recueil des traités, vol. 999, p. 171, et vol. 1057, p. 407. <https://www.ohchr.org>

Deuxième Protocole facultatif de 1989 se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques, visant à abolir la peine de mort, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 44/128 du 15 décembre 1989, entré en vigueur le 11 juillet 1991, Nations unies, Recueil des traités, vol. 1642, p. 414. <https://www.ohchr.org>

Commentaire : Les États parties au Pacte doivent respecter et garantir les droits de tous les individus se trouvant sur leur territoire ou relevant de leur juridiction, tout en reconnaissant le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes et l'égalité des droits entre les hommes et les femmes. Certains droits (marqués d'un astérisque*) ne peuvent jamais être suspendus, même en cas de danger public exceptionnel menaçant l'existence de la nation.

Droits reconnus par le PIDCP : Droit à la vie* ; absence de torture et de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* ; absence d'esclavage* ; absence d'arrestation ou de détention arbitraires ; humanité et respect de la dignité en détention ; absence d'emprisonnement pour rupture de contrat* ; liberté de mouvement et de résidence ; expulsions d'étrangers possibles uniquement si la loi le prévoit ; égalité devant la loi ; droit à un jugement équitable et présomption d'innocence dans les affaires pénales ; absence de rétroactivité en matière pénale* ; reconnaissance en tous lieux de la personnalité juridique* ; respect de la vie privée ; liberté de pensée, de religion ou de conscience* ; liberté d'opinion, d'expression et de rassemblement pacifique ; liberté d'association ; liberté de se marier et de fonder une famille ; protection des enfants ; droit de voter et de prendre part à la direction des affaires publiques ; droit des minorités d'avoir leur propre culture, leur propre religion et leur propre langue*.

Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 2200A (XXI) du 16 décembre 1966, entré en vigueur le 3 janvier 1976, Nations unies, Recueil des traités, vol. 993, p. 3. <https://www.ohchr.org>

Commentaire : Les États parties au Pacte s'engagent à agir, au maximum de leurs ressources disponibles, en vue « d'assurer progressivement » le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte, tant pour les hommes que pour les femmes.

Droits reconnus par le PIDESC : Droit de travailler ; de recevoir une juste rémunération ; d'adhérer à des syndicats ; de jouir d'une assurance ou d'un mécanisme de sécurité sociale ; d'avoir une vie de famille, y compris de rechercher la protection des mères qui ont donné naissance et la protection des enfants contre toute forme d'exploitation ; de jouir d'un niveau de vie satisfaisant, notamment en ce qui concerne la nourriture, les vêtements et l'habitat ; de jouir d'une bonne santé physique et mentale ; de recevoir une instruction ; de participer à la vie culturelle et de pouvoir bénéficier des progrès scientifiques et culturels.

Convention internationale de 1969 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD), adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 2106 (XX) du 21 décembre 1965, entrée en vigueur le 4 janvier 1969, Nations unies, Recueil des traités, vol. 660, p. 195. <https://www.ohchr.org>

Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 34/180 du 18 décembre 1979, entrée en vigueur le 3 septembre 1981, Nations unies, Recueil des traités, vol. 1249, p. 13. <https://www.ohchr.org>

Convention de 1989 sur les droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989, entrée en vigueur le 2 septembre 1990, Nations unies, Recueil des traités, vol. 1577, p. 3. <https://www.ohchr.org>

Protocole facultatif de 2000 à la Convention sur les droits de l'enfant concernant l'implication des enfants dans les conflits armés, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution A/RES/54/263 du 25 mai 2000, entré en vigueur le 12 février 2002, Nations unies, Recueil des traités, vol. 2173, p. 222. <https://www.ohchr.org>

Protocole facultatif de 2000 à la Convention sur les droits de l'enfant concernant la vente des enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution A/RES/54/263 du 25 mai 2000, entré en vigueur le 18 janvier 2002, Nations unies, Recueil des traités, vol. 2171, p. 227. <https://www.ohchr.org>

Commentaire : La Convention sur les droits de l'enfant a été ratifiée par la quasi-totalité des États. Elle réaffirme les droits fondamentaux des enfants et définit dans quelles conditions ils doivent bénéficier d'une protection spéciale (par exemple lorsqu'ils sont séparés de leur famille). Les protocoles exigent une action positive des États parties sur des questions spécifiques relatives à la protection des enfants.

Convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution A/RES/61/106 du 13 décembre 2006, entrée en vigueur le 3 mai 2008, Nations unies, Recueil des traités, Chapitre IV, 15. <http://www.un.org>

Commentaire : Cette Convention réaffirme les droits des personnes handicapées reconnus dans tous les autres traités relatifs aux droits de l'homme, tout en prescrivant spécifiquement des mesures de sensibilisation portant sur les personnes handicapées, la non-discrimination et l'accessibilité des services et des installations. Elle comporte aussi une mention spéciale sur les « situations de risque et situations d'urgence humanitaire » (article 11).

1.1.2 *Génocide, torture et d'autres violations criminelles des droits*

Convention de 1948 pour la prévention et la répression du crime de génocide, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 260 (III) du 9 décembre 1948, entrée en vigueur le 12 janvier 1951, Nations unies, Recueil des traités, vol. 78, p. 277. <https://www.ohchr.org>

Convention de 1984 contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 39/46 du 10 décembre 1984, entrée en vigueur le 26 juin 1987, Nations unies, Recueil des traités, vol. 1465, p. 85. <https://www.ohchr.org>

Commentaire : Un grand nombre d'États sont parties à cette Convention. L'interdiction de la torture est désormais généralement reconnue comme faisant partie du droit international coutumier. Aucun danger public ni aucune guerre ne peuvent être invoqués pour justifier la torture. Les États ne sont pas autorisés à refouler quiconque vers un territoire où la personne concernée a des motifs raisonnables de croire qu'elle pourrait se trouver en danger d'être torturée.

Statut de Rome de la Cour pénale internationale, 1998, adopté à Rome par la Conférence diplomatique des Nations unies le 17 juillet 1998, entré en vigueur le 1er juillet 2002, Nations unies, Recueil des traités, vol. 2187, p. 3. <https://ihl-databases.icrc.org>

Commentaire : L'article 9 du Statut (Éléments constitutifs des crimes), adopté par la Cour pénale internationale en 2002, définit en détail les crimes de guerre, les crimes contre l'humanité et le crime de génocide, codifiant ainsi une bonne partie du droit pénal international coutumier. La Cour peut enquêter et engager des poursuites sur les affaires qui lui sont soumises par le Conseil de sécurité des Nations unies (même si l'État dont la personne accusée est ressortissante n'est pas partie au traité), de même que sur les crimes dont seraient accusés des ressortissants d'États parties au traité, ou commis sur leur territoire.

1.2 Principes et directives officiellement adoptés par les Nations unies et d'autres instances intergouvernementales concernant les droits de l'homme, la protection et la vulnérabilité

Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002, adopté par la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement le 12 avril 2002, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 37/51 du 3 décembre 1982. <https://www.ohchr.org>

Principes des Nations unies pour les personnes âgées, 1991, adoptés par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 46/91 du 16 décembre 1991. <https://www.un.org>

2. Actes internationaux concernant les conflits armés, le droit international humanitaire et l'aide humanitaire

2.1 Traités et droit coutumier concernant les conflits armés, le droit international humanitaire et l'aide humanitaire

Le droit international humanitaire (DIH) précise les seuils à partir desquels les conflits violents deviennent des « conflits armés » et relèvent donc de cette branche spéciale du droit. Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) est le dépositaire officiel des traités de droit international humanitaire, il fournit sur son site internet des informations et des ressources exhaustives à ce propos, dont le commentaire officiel sur les Conventions de Genève et leurs Protocoles, et les règles régissant le droit international humanitaire coutumier. www.icrc.org

2.1.1 Les principaux traités de DIH

Les quatre Conventions de Genève de 1949

Protocole de 1977 additionnel aux Conventions de Genève de 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I).

Protocole de 1977 additionnel aux Conventions de Genève de 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II). <https://ihl-databases.icrc.org>

Commentaire : Les quatre Conventions de Genève (qui lient tous les États et qui sont généralement reconnues comme faisant partie intégrante du droit coutumier) concernent la protection et le traitement des blessés et des malades dans la guerre sur terre (I) et en mer (II), le traitement des prisonniers de guerre (III) et la protection des civils dans les conflits armés (IV). Elles s'appliquent essentiellement aux conflits armés internationaux, sauf l'article 3, lequel est commun aux quatre Conventions et porte sur les conflits armés non internationaux, et à quelques autres éléments désormais acceptés comme appartenant au droit coutumier dans les conflits non internationaux. Les deux Protocoles additionnels de 1977 mettaient à jour les Conventions, en particulier la définition des combattants et la codification des conflits non internationaux. Un certain nombre d'États n'ont pas adhéré aux Protocoles.

2.1.2 ***Les traités relatifs aux armes à utilisation restreinte ou interdite, aux mines antipersonnel et aux biens culturels***

Outre le « droit de Genève » décrit ci-dessus, il existe aussi une autre branche du droit relative aux conflits armés que l'on appelle souvent « droit de La Haye ». Elle comprend la Convention de 1954 pour la protection des biens culturels et plusieurs conventions relatives aux types d'armes d'utilisation restreinte ou interdite,

notamment les gaz et autres armes chimiques et biologiques, les armes classiques qui tuent sans discrimination ou causent des souffrances non nécessaires, ainsi que les mines terrestres antipersonnelles et les armes à sous-munitions. www.icrc.org

2.1.3 Le DIH coutumier

Le droit international humanitaire coutumier désigne le droit des conflits armés que les États acceptent (à travers leurs déclarations, leurs politiques et leurs pratiques) comme un ensemble de règles coutumières s'appliquant à tous les États, qu'ils aient ou non adhéré aux traités de droit international humanitaire. Il n'existe pas de liste de règles coutumières sanctionnées par un accord, mais l'interprétation qui fait le plus autorité est l'étude suivante :

Droit international humanitaire coutumier, CICR, Jean-Marie Henckaerts et Louise Doswald-Beck, Éditions Bruylant, Bruxelles, 2006. <https://www.icrc.org>

Commentaire : L'étude couvre pratiquement tout le champ du droit des conflits armés. Elle dresse une liste de 161 règles précises et indique si chacune d'elles s'applique aux conflits armés internationaux ou non internationaux. Bien que certains commentateurs juridiques émettent des critiques quant à la méthode utilisée, l'étude est le résultat d'un long processus de consultation et d'une recherche rigoureuse menés pendant plus de dix ans, et il est généralement admis que son interprétation des règles coutumières fait autorité.

2.2 Principes et directives officiellement adoptés par les Nations unies et autres instances intergouvernementales concernant les conflits armés, le DIH et l'aide humanitaire

Aide-mémoire du Conseil de sécurité des Nations Unies sur la protection des civils dans les conflits armés, 2002, mis à jour en 2003 (S/PRST/2003/27). <http://undocs.org>

Commentaire : Il ne s'agit pas d'une résolution liant les États, mais d'un guide pour le Conseil de sécurité relatif aux opérations de maintien de la paix et aux situations de conflit urgentes. Il a été rédigé après consultation d'un certain nombre d'organismes des Nations unies, dont le Comité permanent interorganisations.

Résolutions du Conseil de sécurité des Nations Unies relatives aux violences sexuelles et aux femmes dans les conflits armés, en particulier la première de ces résolutions, numéro 1325 (2000) sur les femmes, la paix et la sécurité, qui constitua un jalon dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes dans des situations de conflit armé, et par la suite, la résolution 1820 (2008), la résolution 1888 (2009), la résolution 1889 (2009) et la résolution 1325 (2012). Pour toutes les résolutions du Conseil de sécurité des Nations Unies, classées par année et par numéro, voir : <http://www.un.org>

3. Actes internationaux sur les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI)

3.1 Traités sur les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

En plus des traités internationaux, on trouvera ci-après deux traités adoptés sous l'égide de l'Union africaine (UA) (anciennement Organisation de l'Unité africaine (OUA)), qui constituent des précédents historiques.

Convention de 1951 relative au statut des réfugiés (modifiée), adoptée le 28 juillet 1951 par la Conférence de plénipotentiaires sur le statut des réfugiés et des apatrides réunie à Genève du 2 au 25 juillet 1951, entrée en vigueur le 22 avril 1954, Nations unies, Recueil des traités, vol. 189, p. 137. <http://www.unhcr.org>

Protocole de 1967 relatif au statut des réfugiés, dont a pris acte l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 2198 (XXI) du 2 au 16 décembre 1966, entré en vigueur le 4 octobre 1967, Nations unies, Recueil des traités, vol. 606, p. 267. <http://www.unhcr.org>

Commentaire : En tant que premier accord international relatif aux réfugiés, la Convention définit comme réfugié toute personne « qui, (...) craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays (...) ».

Convention de l'OUA de 1969 régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique, adoptée le 10 septembre 1969 à Addis-Abeba par l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement africains lors de sa sixième session ordinaire. www.unhcr.org

Commentaire : Cette Convention accepte et élargit la définition de la Convention de 1951 en y incluant « (...) toute personne qui, du fait d'une agression, d'une occupation extérieure, d'une domination étrangère ou d'événements troublant gravement l'ordre public (...) ». Elle reconnaît aussi que des groupes non étatiques peuvent être les auteurs des persécutions, et n'exige pas que les réfugiés fassent la preuve d'un lien direct entre eux-mêmes et le danger futur.

Convention de l'Union africaine de 2009 sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique (« Convention de Kampala »), adoptée lors du Sommet spécial de l'Union africaine, réuni à Kampala (Ouganda) le 22 octobre 2009,

entrée en vigueur le 6 décembre 2012. au.int/fr/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

Commentaire : Il s'agit de la première convention multilatérale concernant les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

3.2 Principes et directives officiellement adoptés par les Nations unies et d'autres instances intergouvernementales concernant les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

Principes directeurs de 1998 relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays, reconnus en septembre 2005 comme étant « (...) un cadre international important pour la protection des personnes déplacées (...) » par les chefs d'État et de gouvernement réunis au Sommet mondial à New York, et repris dans la résolution A/60/L.1 de l'Assemblée générale des Nations unies (132, UN doc.A/60/L.1). <http://www.unhcr.org>

Commentaire : Ces Principes sont fondés sur le droit international humanitaire et sur le droit international des droits humains, ainsi que sur la législation analogue relative aux réfugiés. Ils sont conçus comme une norme internationale destinée à guider les gouvernements, les organisations internationales et les autres acteurs concernés dans leurs actions visant à porter assistance et protection aux déplacés internes.

4. Actes internationaux concernant les catastrophes et l'aide humanitaire

4.1 Traités concernant les catastrophes et l'aide humanitaire

Convention de 1994 sur la sécurité du personnel des Nations Unies et du personnel associé, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 49/59 du 9 décembre, entrée en vigueur le 15 janvier 1999. Nations unies, Recueil des traités, vol. 2051, p. 363.

Protocole facultatif de 2005 relatif à la Convention de 1994 sur la sécurité du personnel des Nations unies et du personnel associé, adopté par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution A/60/42 du 8 décembre 2005, entré en vigueur le 19 août 2010. Nations unies, Recueil des traités, vol. 2689, p. 59. <https://www.admin.ch>

Commentaire : Dans la Convention, la protection est limitée aux opérations de maintien de la paix des Nations unies, sauf si l'ONU a déclaré un « risque exceptionnel » pour la sécurité du personnel concerné, ce qui est une exigence peu pratique. Le Protocole corrige ce défaut de la Convention et étend la protection juridique à toutes les opérations menées sous l'égide des Nations Unies, de l'aide humanitaire d'urgence aux opérations de consolidation de la paix et à l'assistance dans les domaines de l'humanitaire, de la politique et du développement.

Convention de Tampere de 1998 sur la mise à disposition de ressources de télécommunication pour l'atténuation des effets des catastrophes et pour les opérations de secours en cas de catastrophe, approuvée par la Conférence intergouvernementale de 1998 sur les télécommunications d'urgence, entrée en vigueur le 8 janvier 2005, Nations unies, Recueil des traités, vol. 2296, p. 5. <https://www.itu.int>

Convention-Cadre des Nations unies de 1992 sur les changements climatiques (CCNUCC), adoptée par la Conférence des Nations unies sur l'environnement et le développement, réunie à Rio de Janeiro du 4 au 14 juin 1992, accueillie favorablement par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 47/195 du 22 décembre 1992, entrée en vigueur le 21 mars 1994. Nations unies, Recueil des traités, vol. 1771, p. 107. <https://unfccc.int>

- **Protocole de Kyoto de 1997 à la Convention-Cadre des Nations Unies sur les changements climatiques**, adopté à Kyoto (Japon) le 11 décembre 1997 lors de la troisième session de la Conférence des Parties à la Convention (COP-3), entrée en vigueur le 16 janvier 2005. Nations unies, Recueil des traités, vol. 2303, p. 148. <https://treaties.un.org>

- **Accord de Paris de 2015**, adopté lors de la 21^{ème} session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre (COP-21), Paris, France, décembre 2015, entrée en vigueur en novembre 2016. <https://unfccc.int>

Commentaire : La Convention-Cadre des Nations unies sur les changements climatiques, le Protocole de Kyoto et l'Accord de Paris font tous trois partie intégrante d'un cadre de traités. Ils traitent de la nécessité urgente de mettre en œuvre des stratégies d'adaptation aux changements climatiques et de réduction des risques, et de renforcer les capacités et la faculté de résilience au niveau local, tout particulièrement dans les pays les plus exposés aux catastrophes naturelles. Ils soulignent l'importance des stratégies de prévention des catastrophes et de la gestion des risques en ce qui concerne spécialement les changements climatiques.

4.2 Principes et directives officiellement adoptés par les Nations unies et d'autres instances intergouvernementales concernant les catastrophes et l'aide humanitaire

Renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence de l'Organisation des Nations unies, et son annexe, Principes directeurs, Assemblée générale des Nations unies, résolution 46/182 du 19 décembre 1991. www.unocha.org

Commentaire : Cette résolution a conduit à la création par les Nations unies du département des Affaires humanitaires, qui est devenu en 1998 le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, OCHA).

Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015 - 2030 (Cadre de Sendai). <https://www.unisdr.org>

Commentaire : Le Cadre de Sendai est l'instrument qui vient succéder au Cadre d'action de Hyogo (CAH) 2005-2015 : pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes. Il a été adopté par une déclaration lors de la Troisième Conférence mondiale des Nations unies de 2015 sur la prévention des catastrophes, et entériné par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 69/283. Le Bureau des Nations unies pour la réduction des risques de catastrophes (UNISDR) contribue à sa mise en œuvre. Il s'agit d'un accord volontaire et non contraignant sur 15 ans qui vise à réduire de façon substantielle les risques de catastrophes et les pertes de vies, de moyens d'existence et de santé.

Lignes directrices relatives à la facilitation et à la réglementation nationales des opérations internationales de secours et d'assistance au relèvement initial en cas de catastrophe (Lignes directrices IDRL), adoptées en 2007 par la XXXe Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (la Conférence regroupe les États parties aux Conventions de Genève). <http://www.ifrc.org>

5. Cadres de politiques humanitaires, directives et principes concernant les droits de l'homme, la protection et la vulnérabilité dans la préparation aux urgences et dans les interventions

Il existe, à l'heure actuelle, un large éventail d'orientations opérationnelles concernant les interventions humanitaires en cas d'urgence. Dans la mesure où ces outils n'opèrent plus de distinction entre les conflits armés, les situations impliquant des réfugiés et les interventions en cas de catastrophe, ils ont été sélectionnés et sont présentés sous les rubriques thématiques suivantes : standards généraux ; égalité de genre et protection à l'égard des violences sexistes ; les enfants dans les situations d'urgence ; les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI).

1. Normes connexes à Sphère

Critères minimaux d'analyse de marché en situation d'urgence (MISMA). Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. <http://www.cashlearning.org>

Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire (CPMS). Le Groupe de travail sur la protection de l'enfance (GTPE), 2012. <http://cpwg.net>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. <https://reliefweb.int>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2017. <https://www.livestock-emergency.net>

Normes minimales pour l'éducation : Préparation, interventions, relèvement. Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en situations d'Urgence (INEE), 2010. <http://toolkit.ineesite.org>

Normes minimales pour le relèvement économique (MERS). Small Enterprise Education and Promotion Network (Réseau SEEP), Troisième édition, 2017. <https://seepnetwork.org>

2. Autres codes, orientations et manuels par thème

2.1 Standards généraux en matière de protection et de qualité dans le cadre des interventions humanitaires

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 catastrophes ⊕ cf. *Annexe 2*.

Les Principes fondamentaux de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge 1965, adoptée par la 20e Conférence internationale de la Croix-Rouge. <http://www.ifrc.org>

Principes et bonnes pratiques pour l'aide humanitaire de 2003, entérinés par la Conférence de Stockholm des pays donateurs, des agences des Nations unies, des ONG et du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, et signés par la Commission européenne et 16 États. <https://www.ghdinitiative.org>

Standards professionnels pour les activités de protection. 2018. Comité international de la Croix-Rouge (CICR). <https://www.icrc.org>

Directives opérationnelles de l'IASC sur la protection des personnes affectées par des catastrophes naturelles. CPI et Brookings–Bern Project on Internal Displacement. 2011. <https://www.brookings.edu>

Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence 2007. CPI. <https://interagencystandingcommittee.org>

Politique du Comité permanent interorganisations sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire 2016. CPI. <https://interagencystandingcommittee.org>

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action. IASC. <https://interagencystandingcommittee.org>

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO). <https://www.sheltercluster.org>

2.2 Égalité de genre et protection à l'égard des violences sexistes

Guide de poche sur les Violences Basées sur le Genre. Global Shelter Cluster, Comité permanent interorganisations sur la violence basée sur le genre (VBG). 2016. <https://gbvguidelines.org>

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://www.sheltercluster.org>

Le guide des genres pour les actions humanitaires 2006, « Femmes, filles, garçons et hommes. Des besoins différents, des chances égales : Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire. » CPI. <https://interagencystandingcommittee.org>

Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire. 2015. New York. CPI et Global Protection Cluster. <https://gbvguidelines.org>

Prévisible, évitable : Pratiques exemplaires pour mettre fin à la violence interpersonnelle et à la violence dirigée contre soi-même pendant et après les catastrophes. Genève. IFRC, Croix-Rouge canadienne. 2012. <http://www.croixrouge.ca>

Notes d'orientation : Travailler avec les hommes et les garçons survivants de violence sexuelle et sexiste dans les situations de déplacement forcé. UNHCR. 2011. <http://www.refworld.org>

Notes d'orientation : Travailler avec les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées en situations de déplacement forcé. UNHCR. 2011. <http://www.refworld.org>

Intégration de la dimension de genre dans la réduction des risques de catastrophes. Genève. UNISDR, PNUD et UICN, 2009. <https://www.unisdr.org>

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No.6. World Bank. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org>

2.3 Les enfants dans les situations d'urgence

Principes directeurs inter-agences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille. 2004. CICR, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. www.unhcr.org

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. <https://reliefweb.int>

Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire (CPMS). Le Groupe de travail sur la protection de l'enfance (GTPE), 2012. <http://cpwg.net>

2.4 Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

L'Agence des Nations unies pour les réfugiés (HCR) dispose d'un mandat spécial de protection des réfugiés relevant de la Convention et du Protocole sur les réfugiés. L'HCR propose de nombreuses ressources sur son site Internet. <http://www.unhcr.org>

Manuel pour la protection des déplacés internes. CPI, 2010. <http://www.unhcr.org>

Annexe 2

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 catastrophes

Préparé conjointement par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et le Comité international de la Croix-Rouge¹

Objet

Le présent Code de conduite a pour objet de préserver nos principes de comportement. Il n'aborde pas les questions opérationnelles de détail, telles que la façon de calculer les rations alimentaires ou d'installer un camp de réfugiés. Il vise en revanche à sauvegarder les critères élevés d'indépendance et d'efficacité auxquels aspirent les ONG fournissant des secours en cas de catastrophe et le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Il s'agit d'un code volontaire, dont l'application repose sur la détermination de chacune des organisations qui y adhère de respecter les normes qu'il définit.

En cas de conflit armé, le présent Code de conduite sera interprété et appliqué conformément au droit international humanitaire.

Le texte du Code, qui figure ci-après, est suivi de trois annexes qui décrivent le cadre de travail que nous voudrions voir créé par les gouvernements hôtes, les gouvernements donateurs et les organisations intergouvernementales, afin de faciliter une organisation efficace de l'assistance humanitaire.

Définitions

ONG : On entend ici par ONG (Organisation non gouvernementale) des organisations – nationales ou internationales – qui sont indépendantes du gouvernement du pays où elles ont été fondées.

IHNG : L'expression « Institution humanitaire non gouvernementale » a été spécialement conçue pour désigner, aux fins du présent document, les composantes du

1 Parrainé par : Caritas Internationalis*, Catholic Relief Services*, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, International Save the Children Alliance*, la Fédération luthérienne mondiale*, Oxfam*, le Conseil œcuménique des Églises*, Comité international de la Croix-Rouge (*membres du Comité directeur de l'intervention humanitaire).

Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge – à savoir le Comité international de la Croix-Rouge, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et ses Sociétés nationales membres – et les ONG, telles que définies ci-dessus. Le présent code se réfère spécifiquement aux IHNG qui fournissent des secours en cas de catastrophe.

OIG : On entend ici par OIG (Organisation intergouvernementale) des organisations constituées par plusieurs gouvernements. Ce terme comprend donc l'ensemble des institutions des Nations unies, ainsi que des organisations régionales telles que l'Organisation de l'unité africaine, la Commission européenne ou l'Organisation des États américains.

Catastrophe : Le terme « catastrophe » désigne une calamité qui provoque des morts, de graves souffrances humaines et une détresse aiguë, ainsi que des dégâts matériels de grande ampleur.

Le Code de conduite

Principes de comportement pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG dans l'exécution de programmes de secours en cas de catastrophe

1. L'impératif humanitaire, priorité absolue

Le droit de recevoir et d'offrir une assistance humanitaire est un principe humanitaire fondamental dont devraient bénéficier tous les citoyens de tous les pays. Membres de la communauté internationale, nous reconnaissons l'obligation qui nous incombe d'apporter une assistance humanitaire partout où le besoin s'en fait sentir. Il en découle que l'accès sans restriction aux populations sinistrées revêt une importance fondamentale pour l'exercice de cette responsabilité. La raison primordiale de nos interventions en cas de catastrophe est de soulager les souffrances des victimes les moins aptes à en supporter les conséquences. En fournissant une aide humanitaire, nous accomplissons un acte qui n'est ni partisan, ni politique, et qui ne doit en aucun cas être considéré comme tel.

2. L'aide est apportée sans aucune considération de race, de croyance ou de nationalité du bénéficiaire, et sans discrimination d'aucune sorte. Les priorités en matière d'assistance sont déterminées en fonction des seuls besoins

Nous nous engageons, dans toute la mesure du possible, à fonder l'apport des secours sur une évaluation approfondie des besoins des sinistrés et des capacités locales existantes pour y pourvoir. Nous tiendrons compte, dans chaque composante de nos programmes, du principe de la proportionnalité. Les souffrances humaines doivent être soulagées où qu'elles se manifestent; la vie est également précieuse en tout lieu. Nous apporterons donc nos secours en fonction de l'ampleur des souffrances qu'ils visent à soulager. Nous sommes pleinement conscients, en appliquant ce principe, du rôle crucial qu'assument les femmes dans les communautés exposées aux catastrophes, et nous veillerons à ce que nos

programmes d'aide, loin d'affaiblir ce rôle, le renforcent. La mise en œuvre d'une telle politique, universelle, impartiale et indépendante, requiert la possibilité, pour nous-mêmes et pour nos partenaires, d'avoir accès aux ressources nécessaires pour apporter de tels secours de façon équitable, ainsi que la possibilité d'accéder à toutes les victimes des catastrophes, sans distinction.

3. L'aide ne saurait être utilisée au service de convictions politiques ou religieuses, quelles qu'elles soient

L'aide humanitaire est fournie en fonction des besoins des particuliers, des familles et des communautés. Si toute IHNG peut légitimement professer des convictions politiques ou religieuses, nous déclarons qu'en aucun cas l'assistance ne saurait dépendre de l'adhésion des bénéficiaires à ces opinions. En aucun cas nous ne lierons la promesse, la fourniture ou la distribution de l'assistance à l'adhésion à des convictions politiques ou religieuses déterminées ou à leur acceptation.

4. Nous nous efforcerons de ne pas servir d'instrument à la politique étrangère des gouvernements

Les IHNG sont des institutions qui agissent indépendamment des gouvernements. Nous définissons donc nos propres lignes de conduite et nos stratégies d'application, et nous nous abstenons d'appliquer la politique de quelque gouvernement que ce soit, sauf dans la mesure où elle coïncide avec notre propre politique, formulée en toute indépendance. Ni sciemment, ni par négligence, nous ne permettrons que nos institutions, ou le personnel que nous employons, soient utilisés pour réunir, à l'intention de gouvernements ou d'autres instances, des informations délicates de portée politique, militaire ou économique qui pourraient être utilisées à des fins autres que strictement humanitaires; de même, nous ne servirons pas d'instrument à la politique étrangère des gouvernements donateurs. Nous utiliserons l'assistance qui nous sera remise pour répondre aux besoins; cette assistance ne saurait être guidée par la nécessité pour les donateurs de se débarrasser de leurs excédents, ni par les intérêts politiques de tel ou tel donateur. Nous apprécions et encourageons les dons volontaires en services et en espèces offerts par des particuliers soucieux d'appuyer nos activités, et nous reconnaissons l'indépendance d'une action fondée sur cette motivation. Afin de sauvegarder notre indépendance, nous tenterons de ne pas dépendre d'une seule source de financement.

5. Nous respecterons les cultures et les coutumes

Nous nous appliquerons à respecter la culture, les structures et les coutumes des communautés et des pays dans lesquels nous menons nos activités.

6. Nous chercherons à fonder nos interventions sur les capacités locales

Même sous le coup d'une catastrophe, toutes les populations et les communautés recèlent des capacités, alors même qu'elles apparaissent vulnérables. Nous prenons l'engagement de renforcer ces capacités chaque fois que cela sera possible, en recrutant du personnel local, en achetant des matériaux disponibles sur place

et en traitant avec des entreprises locales. Nous collaborerons dans toute la mesure du possible avec les IHNG locales pour associer nos efforts en matière de planification et de mise en œuvre de nos opérations, et nous coopérerons avec les pouvoirs locaux si nécessaire. La bonne coordination de nos interventions en cas de catastrophe sera pour nous une tâche prioritaire. Pour être efficace, cette coordination doit être assurée sur place par les personnes les plus directement engagées dans les opérations de secours; il convient d’y associer des représentants des organes compétents des Nations unies.

7. Nous nous emploierons à trouver des moyens d’associer les bénéficiaires des programmes à la gestion des secours

L’assistance en cas de catastrophe ne doit jamais être imposée aux bénéficiaires. Pour garantir l’efficacité des secours et une reconstruction durable, les bénéficiaires potentiels doivent être associés à la conception, à la gestion et à l’exécution du programme d’assistance. Nous chercherons à assurer la pleine participation de la communauté à nos programmes de secours et de reconstruction.

8. Les secours doivent autant viser à limiter les vulnérabilités futures qu’à satisfaire les besoins essentiels

Toutes les opérations de secours exercent un effet – positif ou négatif – sur les perspectives de développement à long terme. Nous chercherons donc à mettre en œuvre des programmes de secours qui limitent la vulnérabilité des bénéficiaires à l’égard de catastrophes futures et qui les aident à subvenir à leurs besoins. Nous accorderons une attention particulière aux préoccupations relatives à l’environnement dans la conception et la gestion des programmes de secours. En outre, nous ferons tout pour réduire au minimum les effets négatifs de l’assistance humanitaire, en cherchant à prévenir la dépendance durable des bénéficiaires à l’égard de l’aide extérieure.

9. Nous nous considérons responsables, tant à l’égard des bénéficiaires potentiels de nos activités que vis-à-vis de nos donateurs

Nous faisons souvent fonction d’intermédiaire entre ceux qui souhaitent offrir une assistance et les victimes de catastrophes qui ont besoin d’aide. Nous nous considérons par conséquent investis d’une responsabilité envers ces deux groupes. Tous nos rapports avec les donateurs et les bénéficiaires seront marqués par une attitude de franchise et de transparence. Nous reconnaissons pleinement la nécessité de rendre compte de nos activités, tant sur le plan financier que sur celui de l’efficacité. Nous reconnaissons l’obligation de contrôler strictement les distributions de secours et d’en évaluer régulièrement les effets. Nous chercherons en outre à rendre compte ouvertement de l’impact de nos activités et des facteurs qui limitent ou qui favorisent cet impact. Nos programmes s’appuieront sur des critères très sévères de professionnalisme et de savoir-faire afin de réduire au minimum le gaspillage de ressources précieuses.

10. Dans nos activités d'information, de promotion et de publicité, nous présenterons les victimes de catastrophes comme des êtres humains dignes de respect, et non comme des objets de commisération

Les victimes d'une catastrophe méritent en tout temps le respect et doivent être considérées dans nos activités comme des partenaires à traiter sur un pied d'égalité. Dans nos campagnes d'information du public, nous donnerons une image objective de la catastrophe en mettant en valeur, non seulement les vulnérabilités et les craintes des victimes, mais encore leurs capacités et leurs aspirations. Tout en coopérant avec les médias afin de sensibiliser au mieux le public, nous ne permettrons pas que des demandes externes ou internes de publicité prennent le pas sur l'objectif de développer au maximum les secours. Nous éviterons toute compétition avec d'autres organisations de secours pour gagner l'attention des médias au cas où cette publicité risquerait de porter atteinte aux services fournis aux bénéficiaires, à la sécurité de notre personnel ou à celle des bénéficiaires.

Le cadre de travail

Ayant pris l'engagement unilatéral de nous efforcer de respecter le Code énoncé ci-dessus, nous présentons ci-après à titre indicatif quelques principes directeurs qui décrivent le cadre que nous souhaitons voir créé par les gouvernements donateurs, les gouvernements hôtes et les organisations intergouvernementales – au premier rang desquelles les institutions des Nations unies – afin de faciliter une participation efficace des IHNG aux interventions en cas de catastrophe.

Ces principes directeurs sont donnés à titre d'orientation. Ils ne sont pas juridiquement contraignants, et nous n'attendons pas des gouvernements ou des OIG qu'ils manifestent leur acceptation de ces principes en signant un document quelconque, encore qu'il pourrait s'agir là d'un objectif d'avenir. Ils sont présentés dans un esprit d'ouverture et de coopération, pour communiquer à nos partenaires notre vision idéale de la relation que nous souhaitons établir avec eux.

Annexe I : Recommandations aux gouvernements des pays sinistrés

1. Les gouvernements devraient reconnaître et respecter l'action indépendante, humanitaire et impartiale des IHNG

Les IHNG sont des organismes indépendants et apolitiques. Les gouvernements hôtes devraient respecter cette indépendance et cette impartialité.

2. Les gouvernements hôtes devraient faciliter l'accès rapide des IHNG aux victimes des catastrophes

Pour agir dans le plein respect de leurs principes humanitaires, les IHNG doivent bénéficier d'un accès prompt et impartial aux victimes des catastrophes, afin d'apporter une assistance humanitaire. Il incombe au gouvernement concerné, dans l'exercice de sa responsabilité des affaires de l'État, de ne pas

faire obstacle à cette assistance, et d'accepter l'action impartiale et apolitique des IHNG. Les gouvernements hôtes devraient faciliter l'entrée rapide sur leur territoire du personnel chargé des secours, en particulier en levant les exigences de visa de transit, d'entrée et de sortie, ou en faisant en sorte que ces visas soient accordés rapidement. Les gouvernements devraient accorder aux aéronefs transportant du personnel et des secours internationaux l'autorisation de survoler leur territoire et d'y atterrir pendant toute la durée de la phase d'urgence.

3. En cas de catastrophe, les gouvernements devraient faciliter le prompt acheminement des secours et la transmission rapide des informations

Les secours et le matériel d'urgence ne sont acheminés dans un pays que pour y soulager des souffrances humaines, et non dans un but commercial ou lucratif. Les marchandises de ce type devraient en principe pouvoir circuler librement et sans restriction, sans qu'il soit nécessaire de produire des certificats d'origine consulaires ou des factures, des licences d'importation ou d'exportation, et sans être soumises à d'autres restrictions ou à des taxes à l'importation, des redevances d'atterrissage ou des taxes portuaires.

Les gouvernements des pays hôtes devraient faciliter l'importation temporaire du matériel de secours nécessaire, y compris véhicules, aéronefs légers et instruments de télécommunications, en levant provisoirement les restrictions en matière de licence ou d'enregistrement. De même, les gouvernements ne devraient pas entraver la réexportation de ce matériel au terme d'une opération de secours.

Afin de faciliter les communications en cas de catastrophe, les gouvernements des pays hôtes devraient assigner certaines fréquences radio que les organisations de secours pourraient utiliser sur le territoire national et pour des communications internationales, et faire connaître ces fréquences à l'ensemble des organismes de secours sans attendre que survienne une catastrophe. Ils devraient autoriser le personnel chargé des secours à utiliser tous les moyens de communication requis pour ses opérations.

4. Les gouvernements devraient chercher à fournir un service coordonné d'information et de planification en cas de catastrophe

C'est au gouvernement du pays hôte qu'incombe en dernier ressort la responsabilité de la planification et de la coordination générales des opérations de secours. Ces tâches seront grandement facilitées si les IHNG sont informées sur les besoins de secours, sur les procédures mises en place par le gouvernement en matière de planification et de mise en œuvre des programmes de secours, et sur les risques éventuels menaçant leur sécurité. Les gouvernements sont instamment priés de fournir ce type d'informations aux IHNG.

Pour faciliter l'efficacité de la coordination et des activités de secours, les gouvernements des pays hôtes sont conviés à désigner, sans attendre qu'une catastrophe

ne frappe, une instance unique chargée d'assurer la liaison entre les IHNG venant apporter leur concours et les autorités nationales.

5. Secours en cas de conflit armé

En cas de conflit armé, les opérations de secours sont régies par les dispositions applicables du droit international humanitaire.

Annexe II : Recommandations aux gouvernements donateurs

1. Les gouvernements donateurs devraient reconnaître et respecter l'action indépendante, humanitaire et impartiale des IHNG

Les IHNG sont des organismes indépendants et apolitiques, dont l'indépendance et l'impartialité devraient être reconnues par les gouvernements donateurs. Ces gouvernements devraient s'abstenir d'utiliser les IHNG au service d'un objectif politique ou idéologique, quel qu'il soit.

2. Les gouvernements donateurs devraient, lorsqu'ils fournissent des fonds, garantir l'indépendance des opérations

Les IHNG acceptent l'assistance financière et matérielle des gouvernements donateurs dans le même esprit d'humanité et d'indépendance qui régit la distribution des secours aux victimes des catastrophes. La mise en œuvre des opérations de secours relève en dernier ressort de la responsabilité de l'IHNG concernée, et sera effectuée selon ses propres principes.

3. Les gouvernements donateurs devraient utiliser leurs bons offices pour aider les IHNG à obtenir l'accès aux victimes des catastrophes

Les gouvernements donateurs devraient reconnaître qu'ils assument une part de responsabilité à l'égard de la sécurité du personnel des IHNG et de sa liberté d'accès aux sites de catastrophes. Ils devraient être disposés en cas de nécessité à intervenir à cette fin, sur le plan diplomatique, auprès des gouvernements des pays sinistrés.

Annexe III : Recommandations aux organisations internationales

1. Les OIG devraient reconnaître les IHNG, locales et étrangères, comme des partenaires précieux

Les IHNG sont disposées à coopérer avec les Nations unies et avec d'autres institutions intergouvernementales pour faire en sorte que les interventions en cas de catastrophe soient aussi efficaces que possible, cela dans un esprit de coopération respectueux de l'intégrité et de l'indépendance de tous les partenaires. Les institutions intergouvernementales doivent pour leur part respecter l'indépendance et l'impartialité des IHNG. Celles-ci devraient être consultées par les institutions des Nations unies lors de la préparation des plans de secours.

2. Les OIG devraient aider les gouvernements des pays sinistrés à établir un cadre général pour la coordination des secours internationaux et locaux en cas de catastrophe

Les IHNG ne sont généralement pas habilitées à établir le cadre général de coordination face aux catastrophes qui exigent une intervention internationale. Cette responsabilité incombe au gouvernement du pays hôte et aux autorités compétentes au sein des Nations unies, qui sont instamment priés de fournir ce service de manière opportune et efficace, dans l'intérêt de l'État sinistré et de l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux intervenant à la suite d'une catastrophe. En tout état de cause, les IHNG devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour assurer une coordination efficace de leurs propres services.

En cas de conflit armé, les opérations de secours sont régies par les dispositions applicables du droit international humanitaire.

3. Les OIG devraient étendre aux IHNG la protection assurée aux institutions des Nations Unies

Lorsque les organisations intergouvernementales bénéficient de mesures de protection pour leur sécurité, ces mesures devraient être étendues aux IHNG avec lesquelles elles collaborent sur le terrain, lorsque ces dernières en font la demande.

4. Les OIG devraient accorder aux IHNG les mêmes possibilités d'accès aux informations pertinentes que celles dont jouissent les institutions des Nations Unies

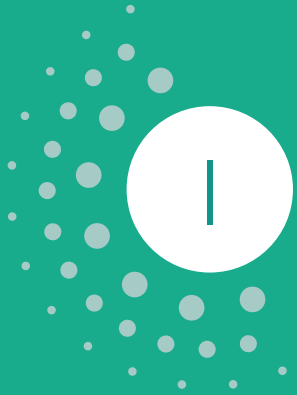
Les OIG sont instamment priées de partager avec les IHNG associées à leurs opérations toutes les informations propres à permettre une intervention efficace en cas de catastrophe.

Annexe 3

Abréviations et acronymes

| | |
|-------|---|
| AM | Aide monétaire |
| ANR | Apports nutritionnels de référence |
| API | Alerte précoce et intervention |
| CCPM | Centres de contrôle et de prévention des maladies |
| CDPH | Convention relative aux droits des personnes handicapées |
| CICR | Comité international de la Croix-Rouge |
| cm | Centimètre |
| CPI | Comité permanent interorganisations |
| CRL | Chlore résiduel libre |
| DIH | Droit international humanitaire |
| DMU | Dispositif minimum d'urgence |
| DTC | Vaccin diphtérie/tétanos/coqueluche |
| EPP | Équipement de protection personnelle |
| FANTA | « Food and Nutrition Technical Assistance » (Assistance technique en matière alimentaire et nutritionnelle) |
| FAO | Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture |
| FICR | Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge |
| GCIC | Gestion des cas intégrée dans la communauté |
| HCDH | Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme |
| HCR | Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (Agence des Nations unies pour les réfugiés) |
| HWTSS | Traitement et bonne conservation de l'eau à domicile |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| IMCI | Integrated Management of Childhood Illnesses (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) |
| INEE | « Inter-Agency Network for Education in Emergencies » (Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence) |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| IYCF | « Indicators for assessing infant and young child feeding practices » (indicateurs de l'OMS pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) |
| km | Kilomètre |
| LEGS | « Livestock Emergency Guidelines and Standards » (Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage) |
| LLIN | Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée |
| MAM | Malnutrition aiguë modérée |
| MERS | « Minimum Economic Recovery Standards » (Normes minimales de relèvement économique) |

| | |
|--------|---|
| MISMA | « Minimum Standard for Market Analysis » (standard minimum d'analyse du marché) |
| MNT | Maladies non transmissibles |
| MS | Ministère de la santé |
| MSF | Médecins sans Frontières |
| NHF | Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité (CHS) |
| OCHA | Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations unies |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONU | Nations unies |
| OUA | Organisation de l'Unité Africaine (actuellement Union Africaine) |
| PAM | Programme alimentaire mondial |
| PB | Périmètre brachial |
| PCI | Prévention et contrôle des infections |
| PDIP | Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays |
| PEV | Programme élargi de vaccination |
| PIDCP | Pacte international relatif aux droits civils et politiques |
| PPE | Prophylaxie post-exposition |
| PRT | Poids par rapport à la taille |
| SEEP | « Small Enterprise Education and Promotion » (Réseau d'éducation et de promotion des petites entreprises) |
| SERA | Suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage |
| SGIS | Système de gestion des informations de santé |
| SMPE | Standards minimums pour la protection de l'enfance |
| TAR | Thérapie antirétrovirale |
| TB | Tuberculose |
| TBM | Taux brut de mortalité |
| TSC | Travailleur de santé communautaire |
| U5CMR | « Under-5 crude mortality rate » (taux de mortalité infantile moins de 5 ans) |
| UNFPA | Fonds des Nations unies pour la population |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'enfance |
| UTN | Unité de turbidité néphélométrique |
| VS | Violence sexiste |
| WASH | Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (EAH) |



Index

Index

A

- abréviations 440
- abri. *voir* hébergements/abris
- abus 70. *voir aussi* protection; *voir aussi* violences sexistes; *voir aussi* exploitation et abus sexuels (EAS)
- acceptabilité
 - personnel de santé 347
 - sécurité alimentaire 225
- accès
 - aide humanitaire 47
 - eau 122
 - hébergements/abris 291
 - nourriture 228
 - soutien juridique 52
 - systèmes judiciaires 52
 - toilettes 134
- acronymes 440
- action contre les mines 55
- actions clés 7
- adultes. *voir aussi* personnes âgées; *voir aussi aussi* personnes handicapées; *voir aussi* personnes déplacées
 - malnutrition 261
- agents de santé communautaire (ASC) 346, 363.
 - voir aussi* personnel de santé
- aide alimentaire
 - argent et coupons 241
 - besoins nutritionnels généraux 227
 - général 226
 - objectif 236
- aide humanitaire
 - accès 47
 - aide monétaire 25
 - directives 431
 - droit de recevoir 34, 433
 - sécurité 46
 - traités 430
- aide monétaire
 - général 10
 - liste de vérification 25
 - références et bibliographie complémentaire 30, 2, 99
 - WASH 179
- alerte précoce et intervention (API) 353, 360, 402
- alimentaire
 - consommation 2
 - distributions 4
- alimentation du nourrisson
 - allaitement 208, 218
 - aperçu 213
 - artificielle 215, 219, 233
 - complémentaire 220
 - mesurer la malnutrition 260
 - références et bibliographie complémentaire 3
 - soutien multisectoriel 216
 - VIH 220
- allaitement 208, 218
- analyse de l'intervention 23
- analyse du marché
 - analyse de l'intervention 23
 - évaluation de la sécurité alimentaire 193
 - références et bibliographie complémentaire 30, 2
- anesthésie 385
- API (alerte précoce et intervention) 353, 360, 402
- appétence, de l'eau 129
- apprentissage
 - collaboration 87
 - organisations humanitaires 84, 103
- apprentissage collaboratif 87
- approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (WASH)
 - aide monétaire 179
 - approches 108
 - approvisionnement en eau 122
 - check-list 161
 - effet sur la santé 174
 - élimination des excréments 131
 - gestion des déchets solides 147
 - lutte antivectorielle 140
 - notions essentielles 106
 - nutrition 178
 - programme 174
 - promotion de l'hygiène 111
 - protection 175
 - risques 113
 - soins de santé 152
- armes à utilisation restreinte 426
- articles ménagers 298
 - check-list 318
 - distribution 301
 - éclairage artificiel 301
- ASC (agents de santé communautaire) 346, 363
- audits 97

B

- bénévoles 90
- biens culturels 426
- blessures 344

C

- camps. *voir* hébergements communautaires
- capacités locales 68, 434
- catastrophes
 - définition 433
 - directives 431
 - traités 430
- céréales complètes 234

Charte humanitaire
 aperçu 32
 engagement 36
 général 5, 421
 principes commun 33
 choléra 366
 Code de conduite
 aperçu 432
 principes fondamentaux 6, 433
 Code international de commercialisation des
 substituts de lait maternel 215
 codes de construction 304
 collaboration 82, 87, 218
 combustible 300
 communautés
 gestion des déchets solides 151
 mécanismes de présentation de plaintes 77
 premiers secours 385
 résilience 70
 tensions 247
 communautés d'accueil 285
 communications. *voir aussi* informations
 éthique(s) 74, 76
 général 72, 75
 lutte antivectorielle 146
 modes d'alimentation 215
 responsabilités organisationnelles 74
 WASH 114
 complémentarité 81
 complicité, de violation des droits 45
 conception des programmes. *voir aussi* programme
 fonctionnant avec le marché
 aide monétaire 25
 gestion de la chaîne d'approvisionnement 27
 prise en charge de la malnutrition 201, 205
 standards minimum 10
 confidentialité 76, 353
 conflits armés
 directives 427
 disposition légale 35
 intervention en cas de catastrophe 438
 traités et droit coutumier 426
 confort thermique 300
 consentement éclairé 75
 consommation
 alimentaire 2
 énergie 313
 construction, abris 302
 contamination de l'eau 130
 contrôle de la douleur 386
 contrôle des vecteurs pathogènes, espaces
 de vie 297
 coordination
 civils et militaires 21, 83
 distributions conjointes 117
 intersectorielle 83
 intervention humanitaire 81
 organisations partenaires 84
 références et bibliographie complémentaire 99
 coqueluche 367
 corruption 94, 95
 coût du régime alimentaire 193

Couverture de santé universelle 2030 351
 crises prolongées 19
 critères d'admission
 prise en charge de la malnutrition 202, 206
 programmes d'alimentation 260, 261
 cultures/coutumes 295, 434

D

déchets
 abattoir 151
 des marchés 151
 recyclage 313
 réutilisation 313
 désinfection de l'eau 129
 diagnostic
 carences en micronutriments 210
 maladies transmissibles 362
 diagramme F 167
 diarrhée 167, 363, 372
 dignité
 droit de 34
 sauvegarder 44, 436
 diphtérie 367
 dispositifs médicaux 347, 349, 393
 distribution
 alimentaire 4
 articles ménagers 301
 horaires 238
 informations 238
 médicaments essentiels 349
 nourriture 234
 points 238
 rations humides 237
 rations sèches 237
 sécurité pendant 117, 238
 distributions conjointes 117
 documentation 51
 données. *voir* informations
 dons en nature 96
 drainage
 eaux pluviales et d'inondation 290
 eaux usées 127
 droit à des soins de santé adéquats et opportuns
 liens avec le droit international 336
 liens vers la norme humanitaire
 fondamentale 337
 liens vers les principes de protection 337
 droit à être épargné de la faim 184
 droit à la protection et à la sécurité 34
 droit à l'eau et à l'assainissement 106
 droit international 109
 liens vers la norme humanitaire
 fondamentale 109
 liens vers les principes de protection 109
 liés à d'autres droits 108
 références et bibliographie complémentaire 174
 droit à une aide humanitaire 34, 48, 433
 droit à une alimentation adéquate 184, 187
 droit à un logement adéquat
 général 276
 liens avec la norme humanitaire fondamentale 281

- liens avec le droit international 280
- liens avec le principe de protection 281
- liés à d'autres droits 280
- droit de demander l'asile ou un refuge 35
- droit de vivre dans la dignité 34
- droit international
 - droit à des soins de santé adéquats et opportuns 336
 - droit à l'eau et à l'assainissement 109
 - droit à un logement adéquat 280
- droit international humanitaire
 - directives 427
 - traités 426
- droits
 - complicité de violation 45
 - faire valoir 51
 - patients 343
 - sauvegarder 44
- droits au logement, droits fonciers et droits de propriété 55
- droits de l'homme
 - directives 425
 - traités et droit coutumier 422

E

- eau
 - accès 122
 - appétence 129
 - approvisionnement 122
 - choix du site 124
 - contamination 130
 - contamination post-arrivée 130
 - conteneurs 116, 126
 - désinfection 129
 - en bouteille/traitée 127
 - infections 170
 - matières fécales 133
 - mesure 125
 - qualité 127, 176
 - quantités 124
 - source protégée 129
 - stockage 116, 126, 130
 - systèmes et infrastructures 126
 - temps de trajet aller-retour et temps passé à faire la queue 125
- eau potable 115
- eau traitée 127
- éclairage artificiel 301
- effets négatifs
 - abus 70
 - intervention humanitaire 68
- égalité de genre 433
- élimination
 - déchets 147
 - excréments 138, 164
 - médicaments 349
- empoisonnement 407, 5
- énergie
 - approvisionnement 300
 - consommation 313
 - production alimentaire 245

- enfants. *voir aussi* nourrissons et jeunes enfants; *voir aussi* soins de santé
 - alimentation 213, 373
 - alimentation artificielle 215
 - directives 434
 - maladies 370
 - malnutrition 260
 - matières fécales 134
 - protection 14, 3, 373
 - références et bibliographie complémentaire 3, 99, 3
 - séparés 373
 - soins de santé 367
 - vaccination 368, 369
 - violence sexuelle 379
 - violences sexistes 221
 - WASH 114
- enfants séparés 373
- engagement de la communauté
 - gestion de l'environnement 252
 - malnutrition 201
 - mécanismes de protection 46, 49
 - WASH 107
- enlèvement des débris 285
- enquêtes anthropométriques 195, 3
- environnement
 - hébergements/abris 311
 - intervention humanitaire 22, 71
 - lutte antivectorielle 143
 - population d'accueil 318
 - références et bibliographie complémentaire 101
 - ressources naturelles 94, 95
 - sécurité alimentaire 192, 225
- épidémies de maladies
 - alertes 402
 - contrôle 364
 - détection 360
 - enquêtes 360
 - interventions 152
 - seuils 361
 - WASH 177
- EPI (équipement de protection individuelle) 159, 344
- équipement de protection individuelle (EPI) 159, 344
- érosion 313
- espaces de vie 293
- évaluation
 - ANJE-E 217
 - MNT 393
 - mode d'alimentation 196
 - planification des abris et hébergements 284
 - références et bibliographie complémentaire 99, 100, 2
 - standards minimum 11
 - suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage (SERA) 11
 - troubles de la santé mentale 389
- événements indésirables 344
- évincions 310
- excréments humains. *voir aussi* gestion des excréments
 - définition 131
 - exploitation 70

exploitation et abus sexuels (EAS)
mécanismes de présentation de plaintes 78, 80
par les membres du personnel 71

F

familles non déplacées 285
femmes enceintes et allaitantes 218
fièvre hémorragique virale 366
fièvre jaune 366
flux, marchandises/informations d'ordre
humanitaire 437
forces armées 21, 83
fournitures
hygiène menstruelle 120
incontinence 120
fraude 96

G

genre 15, 100
gestion de la chaîne d'approvisionnement 27, 30
gestion des connaissances 87
gestion des déchets solides
actions individuelles et au niveau du foyer 150
aperçu 147
check-list 165
niveau de la communauté 151
références et bibliographie complémentaire 177
gestion des excréments
accès aux toilettes et utilisation 134
check-list 164
collecte, transport, élimination et traitement 138
distinction des phases 132
général 131, 157
infections 171
références et bibliographie complémentaire 176
gestion des médicaments essentiels 348
gouvernements. *voir* gouvernements hôtes; *voir*
gouvernements donateurs
gouvernements bénéficiaires. *voir*
gouvernements hôtes
gouvernements donateurs 438
gouvernements hôtes 81, 436
groupes à risque
aide alimentaire 230
promotion de l'hygiène 117
sécurité alimentaire 192, 225
groupes vulnérables
références et bibliographie complémentaire 5
sous-alimentation 186

H

hébergements/abris
accès 291
approvisionnement en énergie 300
articles ménagers 298
assistance technique 302
check-list 315
choix du site 141, 313
confort thermique 300

démantèlement des sites et transfert 292
environnement 311
espace de vie 293
exploitation et entretien 292
moyens d'existence 286, 292, 317
notions clés 276
options d'aide 324
options de mise en œuvre 284, 327
planification 283, 287
planification du site 289
recul de la délinquance 291
régime foncier 307
sécurité 276, 292
sécurité anti-incendie 291
services et installations essentiels 289
surfaces 290
zones urbaines 278
hébergements communautaires
général 21
gestion des déchets solides 149
lutte antivectorielle 141
hépatite 367
hôpitaux de campagne 385
hygiène. *voir aussi* promotion de l'hygiène
articles 115
nourriture 241
hygiène menstruelle 118, 137, 175

I

IHNG. *voir* institutions humanitaires non
gouvernementales (IHNG)
impartialité, intervention humanitaire 47, 63,
64, 433
incontinence 118, 176
indicateurs clés 7
indicateurs de santé 405
infections. *voir aussi* tuberculose (TB)
prévention et contrôle des infections (PCI) 156,
178, 343
respiratoires 363
infections respiratoires 363
informations. *voir aussi* communications
accessibilité 51
confidentialité 76, 353
distributions 238
évaluation de la situation nutritionnelle 195
flux 437
partage 74, 82, 84
personnelles 70, 72
responsabilités organisationnelles 74
santé publique 351
sensibilité 47, 50
ventilation 13, 64, 353
installations. *voir aussi* toilettes
incontinence 120
toilette partielle/toilette complète 127
installations communautaires 289, 317
institutions humanitaires non
gouvernementales (IHNG)
définition 432
général 436, 438

intervention humanitaire
 adéquation 62, 98
 axée sur l'être humain 100, 2
 capacités locales 68, 434
 communication 72
 complémentarité 81
 contexte opérationnel 18
 coordination 81
 directives 432
 effectivité 65, 99
 effets négatifs 68
 forces armées 21, 83
 impartialité 47, 63, 64, 433
 indépendance vis-à-vis des
 gouvernements 434
 normes générales de protection et de
 qualité 432
 participation 72, 75
 pertinence 62
 plaintes 77
 politique 434
 ponctualité 65, 99
 religion 434
 retour d'information 72
 interventions psychologiques 390
 intimité 295

J

jeunes enfants. *voir* nourrissons et jeunes enfants

K

kits préqualifiés 349

L

lait maternisé 219
 lavage des mains 114, 137
 leadership local 69, 70
 listes de vérification
 approvisionnement en eau 162
 évaluation de la sécurité semencière 255
 évaluation de la situation nutritionnelle 257
 gestion des déchets solides 165
 lutte antivectorielle 165
 moyens d'existence 253
 promotion de l'hygiène 162
 sécurité alimentaire 253
 WASH 161
 livraison. *voir aussi* distribution
 nourriture 234, 239
 logistique 27, 30
 lutte antivectorielle
 au niveau de l'hébergement 141
 check-list 165
 général 140
 mesures de l'ingénierie environnementale 143
 mesures de lutte biologiques et
 non-chimiques 143
 niveau personnel et niveau du foyer 144

protocoles nationaux et internationaux 144
 références et bibliographie complémentaire 177
 traitement du paludisme 144

M

maladies. *voir aussi* VIH/SIDA; *voir aussi* épidémies
 de maladies; *voir aussi* infections
 choléra 366, 367
 coqueluche 367
 diarrhée 167, 363, 372
 diphtérie 367
 fièvre hémorragique virale 366
 fièvre jaune 366
 hépatite 367
 liées à l'eau et à l'assainissement 170
 méningite 366
 pneumonie 373
 poliomyélite 366, 370
 rougeole 369
 transmission oro-fécale 167
 tuberculose 364
 maladies non transmissibles (MNT) 391, 4
 maladies transmises par le moustique *Aedes* 358
 maladies transmissibles 355
 diagnostic et gestion des cas. 362
 général 355
 préparation et intervention en cas de flambée
 épidémique 364
 prévention 356
 surveillance, détection des flambées épidémiques
 et intervention précoce 359
 malnutrition. *voir aussi* nourriture; *voir aussi*
 sous-alimentation
 général 198
 mesurer 260
 prise en charge 198, 199, 204
 manuel Sphère
 chapitres 5
 général 4
 manuels pour la nutrition 5
 matériaux de construction 305
 médicaments
 disponibilité 396
 essentiels 347, 393
 médicaments contrôlés 349
 médicaments psychotropes 391
 membres du personnel
 bénévoles 90
 bien-être 90, 92
 compétences 89, 91
 comportement et codes de conduite 80
 conflits d'intérêts 96
 développement des compétences 91, 92
 exploitation et abus par le personnel 70
 exploitation et abus sexuels par le
 personnel 71
 performance 1
 politiques 89, 90, 92
 soutien aux 88
 méningite 366
 mesures de type « filet de sécurité » 250

micronutriments
 carences 209, 220, 264, 6
 références et bibliographie complémentaire 3

mines 55, 426

mise en œuvre
 abris et hébergement 284
 aide monétaire 26
 gestion de la chaîne d'approvisionnement 28

MNT (maladies non transmissibles) 391, 4

moyens d'existence
 check-list 253
 évaluation 1
 général 243
 hébergements 286, 292, 317
 production primaire 244
 revenus et emploi 248

N

norme humanitaire fondamentale. *voir* norme humanitaire fondamentale de qualité et redevabilité (norme humanitaire)

norme humanitaire fondamentale de qualité et redevabilité (norme humanitaire)
 adéquation et pertinence 62
 capacités locales et effets négatifs 68
 communication, participation et retour d'information 72
 coordination et complémentarité 81
 effectivité et ponctualité 65
 général 6, 60
 liens avec le droit à un logement adéquat 281
 liens vers le droit à des soins de santé adéquats et opportuns 337
 liens vers le droit à l'eau et à l'assainissement 109
 mécanismes de présentation de plaintes 77
 membres du personnel 88
 politiques d'apprentissage et d'innovation 84
 sécurité alimentaire et nutrition 188
 structure 60

normes connexes 8, 432

notes d'orientation 7

nourrissons et jeunes enfants. *voir aussi* alimentation du nourrisson
 maladies 370
 matières fécales 134
 vaccination 368, 369

nourriture. *voir aussi* malnutrition
 accès 228
 besoins 227, 267
 choix 233
 concepts essentiels 184
 conditionnement 233
 distributions 234, 239
 évaluation 189, 194, 257
 hygiène 241
 livraisons 234, 239
 préparation/transformation 234, 241
 qualité 228, 231
 rations 228, 237
 stockage 234, 241, 248

utilisation 229, 240, 241
 WASH 178

O

obligations familiales 251
 obstétrique 374
 occupation progressive 309
 OIG (organisations intergouvernementales)
 définition 433
 recommandations 438

ONG (organisations non gouvernementales) 432

organisations. *voir* organisations humanitaires

organisations humanitaires
 apprentissage 84, 103
 contraintes 67
 gestion des connaissances 87
 mécanismes de présentation de plaintes 78, 80
 politiques de prévention des effets négatifs 71
 politiques d'innovation 84
 prise de décisions 67
 suivi 68, 98

organisations intergouvernementales (OIG)
 définition 433
 recommandations 438

organisations non gouvernementales (ONG) 432

organisations partenaires 84

outils communautaires 306

P

paiements 250

paludisme
 prévention 145, 358
 traitement 144

participation
 construction d'abris 303
 intervention humanitaire 72, 75

participation de la communauté
 soins de santé 342
 violence sexuelle 379

parties prenantes. *voir* gouvernements hôtes; *voir* organisations humanitaires

patients
 droits 343
 événements indésirables 344
 réadaptation 386
 réinsertion sociale 386

PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) 372

PCI (prévention et contrôle des infections) 156, 178, 343

PDI. *voir* personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI)

PEC-C (prise en charge intégrée des cas dans la communauté) 372

personnel de santé 345, 354. *voir aussi* agents de santé communautaire (ASC)

personnes. *voir aussi* personnes âgées; *voir aussi* personnes en cours de déplacement
 définition 13
 droit de, troubles de la santé mentale 391

- personnes âgées
 aide alimentaire 230
 bibliographie complémentaire 55
 malnutrition 262
 protection 14
 personnes déplacées 285
 personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI)
 bibliographie complémentaire 3
 directives 429, 434
 traités sur 428
 personnes en cours de déplacement
 génération de déchets solides 148
 WASH 115
 personnes handicapées. *voir aussi* personnes
 handicapées
 aide alimentaire 230
 mesurer la malnutrition 263
 protection 16
 références et bibliographie complémentaire
 55, 2, 99
 personnes LGBTQI 17, 5
 PEV (programme élargi de vaccination) 368, 370
 plaignants 80
 plaintes 77, 102
 planification
 abris et hébergement 283
 gestion des déchets solides 150
 lieu et hébergement 287
 planning familial 376
 plans de soin 396
 pneumonie 373
 poliomyélite 366, 370
 politique 434
 pollution de l'air 373
 ponctualité 65
 pouvoir d'achat 251
 premiers secours 385, 390
 préparation/transformation de la nourriture
 234, 241
 prévention. *voir aussi* vaccination
 carences en micronutriments 211
 évaluations des risques 357
 infections 156, 178, 343
 maladies transmissibles 356
 malnutrition 201
 paludisme 145, 358
 VIH 381
 prévisions, médicaments essentiels 348
 principe du « Ne pas nuire » 309
 principes de protection
 application 43
 général 5, 42
 liens avec les droits à un logement adéquat 281
 liens vers le droit à des soins de santé adéquats
 et opportuns 337
 liens vers le droit à l'eau et à
 l'assainissement 109
 sécurité alimentaire et nutrition 188
 prise en charge. *voir* gestion de la chaîne
 d'approvisionnement; *voir* gestion des
 déchets solides; *voir* gestion des
 excréments; *voir* prise en charge des
 dépouilles; *voir* malnutrition: prise en
 charge; *voir* prise en charge des plaies
 prise en charge des dépouilles 160, 344
 prise en charge des plaies 386
 prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
 (PCIME) 372
 prise en charge intégrée des cas dans la communauté
 (PEC-C) 372
 prises en charge par ARV 382
 prises en charge par TAR 382
 processus d'enregistrement, aide alimentaire 236
 proches aidants, aide alimentaire 230, 236
 production alimentaire
 aide financière 246
 caractère saisonnier 246
 chaînes d'approvisionnement 247
 énergie 245
 fluctuation des prix 246
 stratégies 245
 suivi 247
 produits sanguins 350
 programme élargi de vaccination (PEV) 368, 370
 programme fonctionnant avec le marché
 articles d'hygiène 117
 articles ménagers 301
 eau 126
 général 10, 24
 références et bibliographie complémentaire 30
 programmes de supplémentation alimentaire 204
 promotion de l'hygiène
 aperçu 111
 articles d'hygiène 115
 check-list 162
 hygiène menstruelle 118
 incontinence 118
 références et bibliographie
 complémentaire 175
 protection
 activités 43
 droit 34
 enfants 3, 373
 espaces de vie 295
 mécanismes 46, 49
 patients atteints par le VIH/SIDA 16
 personnes âgées 14
 personnes handicapées 16
 personnes LGBTQI 17
 références et bibliographie complémentaire
 55, 100
 WASH 175
 protocoles de traitement 363
- ## Q
- qualité
 eau 127, 157
 nourriture 231
 nutrition 228
 personnel de santé 347
 quantités
 eau 124, 157, 168
 toilettes 169

R

ramasseurs d'ordures 149
 rations 228, 237
 réadaptation, des patients 386
 recul de la délinquance 291
 redevabilité
 général 435
 références et bibliographie complémentaire 98, 1
 standards minimum 11
 réfugiés
 directives 429, 434
 traités 428
 régime foncier
 définition 309
 sécurité 307
 religion
 intervention humanitaire 434
 soins palliatifs 397
 responsabilités organisationnelles
 collaboration 82
 communication 74
 effectivité et ponctualité 66
 effets négatifs de l'intervention humanitaire 70
 gestion des ressources 94
 informations 74
 intervention humanitaire appropriée et
 pertinente. 63
 membres du personnel 89
 plaintes 78
 politiques d'apprentissage 85
 retour d'information 75
 suivi 98
 ressources
 excréments servant à 139
 gestion 93
 ressources naturelles 313, 314
 retour d'information
 intervention humanitaire 72
 responsabilités organisationnelles 75
 retour, personnes déplacées 286
 réutilisation
 déchets 313
 déchets solides 149
 risques
 lutte antivectorielle 142
 sécurité 247
 sous-alimentation 257
 WASH 113
 risques de santé publique, WASH 106, 121
 rougeole 369

S

santé mentale
 aperçu 387
 références et bibliographie complémentaire 4
 soutien psychosocial 17, 3, 208
 santé reproductive. *voir* santé sexuelle et
 reproductive
 santé sexuelle et reproductive
 général 373

VIH 379
 violence sexuelle 377
 sauvegarder
 dignité 44
 droits 44
 informations personnelles 70, 72
 scénarii d'hébergement
 après-crise 278
 caractéristiques 322
 descriptions 320
 secteur privé
 intervention humanitaire 83
 protection des moyens d'existence 252
 sécurité. *voir aussi* sauvegarder; *voir aussi*
 sauvegarder
 aide humanitaire 46
 articles ménagers 300
 bâtiments publics 305
 chaîne de l'eau 128
 distributions 117, 238
 espaces de vie 295
 établissements médicaux 343
 hébergements 276, 292
 incendie 291
 personnel de santé 354
 soin des traumatismes 384
 toilettes 136
 travail 251
 vaccins 370
 sécurité alimentaire
 acceptabilité 225
 check-list 253
 concepts essentiels 184
 évaluations 189, 190, 1
 général 222
 liés à d'autres droits 187
 références et bibliographie complémentaire 4
 sécurité anti-incendie 291
 sécurité, droit 34
 semences 246, 255, 1, 5
 SERA (suivi, évaluation, redevabilité et
 apprentissage) 11
 service d'information et de planification en cas de
 catastrophe 437
 services essentiels 289, 317
 SGIS (système de gestion des informations de
 santé) 353, 403
 SIDA. *voir* VIH/SIDA
 site
 choix 141, 313
 planification 289
 soin des blessures et traumatismes 382, 3
 soins chirurgicaux 385
 soins de base du nouveau-né 372
 soins de fin de vie. *voir* soins palliatifs
 soins de la mère 374
 soins de santé. *voir aussi* systèmes de santé
 acceptabilité 342
 check-list 398
 considérations spéciales pour la protection 338
 déchets 158
 enfants 367

- essentiels 355
- financement 350
- liés à d'autres droits 336
- livraison 340
- maladies non transmissibles 391
- notions essentielles 334
- santé mentale 387
- santé sexuelle et reproductive 373
- soin des blessures et traumatismes 382, 3
- soins palliatifs 394
- WASH 152
- soins du nouveau-né 374
- soins palliatifs 394, 4
- solutions chlorées 157
- sous-alimentation
 - causes 184
 - groupes vulnérables 186
 - interprétation des niveaux de 196
 - risques 257
- soutien. *voir aussi* soutien de la communauté
 - acteurs locaux 19
 - acteurs nationaux 19
 - alimentation du nourrisson et du jeune enfant 216
 - membres du personnel 88
 - psychosocial 17, 3, 208
 - soins palliatifs 396
- soutien de la communauté
 - santé mentale 390
 - structures 225
 - WASH 113
- soutien juridique 52
- soutien psychosocial 17, 3, 208
- Sphère 4, 421
- standards. *voir aussi* standards minimum
 - protection et qualité 432
 - liens avec d'autres standards 8
 - liens vers d'autres normes 432
 - structure 7
- standards minimum 6
 - conception des programmes 10
 - définition de la stratégie 10
 - droit à être épargné de la faim 184
 - droit à une alimentation adéquate 184
 - évaluation et analyse 10
 - général 36
 - mise en œuvre 11
 - suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage (SERA) 11
 - utilisation dans le contexte 8
- standards professionnels pour les activités de protection 53
- stockage
 - eau 116, 126, 130
 - médicaments essentiels 349
 - nourriture 234, 241, 248
- stratégies. *voir aussi* stratégies de désengagement; *voir aussi* stratégies de transition; *voir aussi* stratégies d'adaptation
 - définition 10
 - production alimentaire 245
 - stratégies d'adaptation 192
 - stratégies de désengagement
 - général 69, 70
 - sécurité alimentaire 224
 - stratégies de transition
 - général 69
 - sécurité alimentaire 224
 - substituts du lait maternel 219
 - suivi
 - accès à la nourriture 228
 - aide monétaire 26
 - distributions de nourriture 239
 - général 67
 - gestion de la chaîne d'approvisionnement 29
 - livraison de nourriture 239
 - prise en charge de la malnutrition 203
 - production alimentaire 247
 - références et bibliographie complémentaire 100, 2
 - responsabilités organisationnelles 98
 - standards minimum 11
 - utilisation de la nourriture 229, 241
 - violations 50
 - suivi de l'utilisation de la nourriture à l'intérieur du ménage 241
 - suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage (SERA) 11
 - supplémentation en micronutriments 209
 - surveillance de la mortalité 400
 - système de gestion des informations de santé (SGIS) 353, 403
 - système de traitement de l'eau à domicile et stockage sûr (TEDS) 130, 173
 - système d'informations médicales 352
 - systèmes de gestion des ressources humaines 65
 - systèmes de santé. *voir aussi* soins de santé
 - aide alimentaire 229
 - données de santé publique 351
 - financement 350
 - général 339
 - médicaments et dispositifs médicaux essentiels 347
 - personnel de santé 345
 - prestations de santé 340
 - soin des MNT 393
 - soutient et développement 335
 - systèmes de surveillance de la santé 353
 - systèmes d'information
 - prise en charge de la santé 353, 403
 - santé 352
 - sécurité alimentaire et nutrition 191, 2
 - systèmes judiciaires 52

T

- tâches ménagères 251
- taux brut de mortalité (TBM) 335, 371, 405
- taux de létalité (TL) 365, 367, 406
- taux de morbidité 399
- taux de mortalité 399. *voir aussi* taux brut de mortalité (TBM)
- TBM (taux brut de mortalité) 335, 371, 405
- TB (tuberculose) 364

tests en laboratoire 363
thérapies antirétrovirales 382
TL (taux de létalité) 365, 367, 406
toilettes
 accès 134
 foyer 137
 promotion 115
 quantités 169
 utilisation du mot 131
toilettes communes 136
toilettes familiales 137
torture 425
traitement
 carences en micronutriments 211
 eau 176
 malnutrition 201
 paludisme 144
transfusion sanguine 381
transmission de la mère à l'enfant, VIH 382
transparence 97
traumatismes. *voir* blessures
travailleurs humanitaires. *voir* membres du
 personnel; *voir* personnel de santé
triage 385
tuberculose (TB) 364

V

vaccination
 campagnes 358, 366
 enfants 368, 369
 nourrissons et jeunes enfants 368, 369

ventilation 296
ventilation des données 13, 64, 353
vidange 139
VIH/SIDA
 aide alimentaire 230
 alimentation du nourrisson 220
 aperçu 379
 bibliographie complémentaire 4
 enfants 373
 prise en charge de la malnutrition 207
 risques en matière de protection 16
viol 377
violations criminelles des droits 425
violence sexuelle 377
violences sexistes
 bibliographie complémentaire 55
 directives 433
 général 15
 références et bibliographie
 complémentaire 100
vulnérabilités 13, 64, 435

Z

zones rurales 314
zones urbaines
 défis 20, 186
 gestion des déchets solides 149
 hébergement et abri 278
 interventions en matière de santé 335
 ressources naturelles 314
 WASH 108

Le manuel Sphère présente une approche fondée sur des principes de qualité et de redevabilité dans les interventions humanitaires. Il s'agit d'une traduction pratique de la conviction fondamentale de Sphère selon laquelle toutes les personnes touchées par une catastrophe ou un conflit ont le droit de vivre dans la dignité et de bénéficier de l'aide humanitaire.

La Charte humanitaire est la pierre angulaire du manuel, tandis que les Principes de protection et la Norme humanitaire fondamentale sont le socle sur lequel sont établis tous les secteurs de l'aide. Les standards techniques présentent les priorités pour mener une intervention dans quatre secteurs clés du secours, à savoir : l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène ; la sécurité alimentaire et la nutrition ; les abris et l'habitat, et enfin la santé.

Les standards minimum mesurables décrivent ce qui doit être atteint lors d'une intervention humanitaire pour que les personnes puissent survivre, se rétablir dans leurs vies et reprendre en main leurs moyens d'existence selon des modalités respectueuses de leur point de vue et garantes de leur dignité. Les actions clés, les indicateurs et les notes d'orientation proposent des moyens permettant d'appliquer ces standards dans des contextes divers. Les chapitres sont tous liés et s'alimentent les uns les autres.

La force du manuel Sphère réside dans son universalité et dans son adaptabilité face à l'ensemble des contextes humanitaires. Il a été largement adopté par les acteurs du secteur humanitaire et de ce fait, il fournit un langage commun qui permet à l'ensemble des parties prenantes de travailler ensemble avec le souci de la qualité et de la redevabilité.



 spherestandards.org/fr

 www.facebook.com/SphereNGO

 www.twitter.com/spherepro

Le Partenariat pour les standards humanitaires est une collaboration entre des initiatives de normes pour tirer parti des preuves, de l'avis d'expert et des meilleures pratiques et s'en servir afin d'améliorer la qualité et la redevabilité des interventions humanitaires.

ISBN 978-1-908176-41-7

