



Le Projet Sphère

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





Le Projet Sphère

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



Publié par :

Le Projet Sphère

Copyright © Le Projet Sphère 2011

Courriel : info@sphereproject.org

Site Web : www.sphereproject.org

Le Projet Sphère a été lancé en 1997 par un groupe d'ONG et le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge afin d'élaborer un ensemble de standards minimums universels dans les domaines fondamentaux de l'assistance humanitaire : le manuel Sphère. Le but du manuel est d'améliorer la qualité de l'aide humanitaire apportée dans les situations de catastrophe et de conflit armé, et de renforcer la redevabilité de l'ensemble des acteurs humanitaires envers les populations affectées. La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire sont le fruit de l'expérience collective de nombreuses personnes et organisations. Il ne faut donc pas les considérer comme représentant les vues d'une organisation en particulier.

Première édition préliminaire 1998

Première édition finale 2000

Deuxième édition 2004

Troisième édition 2011

Première réimpression, juillet 2013

ISBN 978-1-908176-01-1

Cette publication figure dans les catalogues de la British Library et de la US Library of Congress.

Tous droits réservés. Cet ouvrage est protégé par le droit d'auteur mais peut être reproduit par n'importe quelle méthode, sans contrepartie financière, à des fins didactiques, mais non à des fins de revente. Pour tout usage didactique, une autorisation formelle sera requise et sera en principe accordée immédiatement. Pour toute copie dans d'autres circonstances, publication en ligne ou réutilisation dans d'autres publications, ou pour toute traduction ou adaptation, il est impératif d'obtenir au préalable l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur, et une redevance peut être exigée.

Distribué pour le Projet Sphère par Practical Action Publishing et ses agents et représentants dans le monde entier.

Practical Action Publishing, Schumacher Centre for Technology and Development, Bourton on Dunsmore, Rugby, CV23 9QZ, Royaume-Uni.

Téléphone : +44 (0) 1926634501 ; fax : +44 (0) 1926634502

Courriel : sphere@practicalaction.org.uk

Site Web : www.practicalactionpublishing.org/sphere

Practical Action Publishing (enregistrée au Royaume-Uni sous le numéro 1159018) est la maison d'édition détenue à 100% par Practical Action et n'effectue de transactions commerciales qu'à l'appui des objectifs de sa société mère.

Conception graphique :  **messaggio**, Metz-Tessy, France.

Impression : Hobbs the Printers, Hampshire, Royaume-Uni.

Traduction française : Josiane Lewalle et Annie De Puy.



Avant-propos

La présente édition du manuel Sphère, *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, est le fruit d'une large collaboration interagences.

La Charte humanitaire et les standards minimums reflètent la volonté des organisations à la fois d'améliorer l'efficacité de l'assistance qu'elles fournissent et de rendre compte de leurs actions aux parties concernées, apportant ainsi leur pierre à l'élaboration d'un cadre pratique de la redevabilité.

Naturellement, la Charte humanitaire et les standards minimums n'empêcheront pas la survenue de crises humanitaires, pas plus qu'elles ne pourront empêcher la souffrance humaine. Ils offrent néanmoins la possibilité d'améliorer l'assistance afin de changer le cours des choses dans la vie des personnes touchées par une catastrophe.

Mis au point à la fin des années 1990, en tant qu'initiative d'un groupe d'ONG travaillant dans le domaine humanitaire et du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, les standards Sphère sont maintenant les standards *de facto* de l'aide humanitaire au XXI^e siècle.

Nous souhaitons exprimer ici toute notre gratitude à celles et ceux qui ont fait que cela se réalise.



Ton van Zutphen
Président du Conseil
d'administration Sphère



John Damerell
Responsable du projet

Remerciements

La révision du manuel Sphère est l'aboutissement d'un vaste processus de consultation et de collaboration auquel ont participé un grand nombre de personnes à travers le monde, qui sont trop nombreuses pour que l'on puisse les citer toutes individuellement. Le Projet Sphère tient à rendre hommage à l'envergure des contributions et à l'engagement des organisations et des personnes qui ont bien voulu participer.

Le processus de révision a été conduit par un groupe de coordonnateurs pour les chapitres techniques et les thèmes transversaux, appuyés par des experts pour les questions émergentes. Tous étaient issus du secteur concerné, détachés d'organisations humanitaires ou recrutés directement, en fonction du volume de travail envisagé. Des consultants ont conduit la révision des éléments qui concernaient l'ensemble du manuel, et qui exigeaient un nouveau travail considérable. Sauf indication contraire, les experts cités dans la liste ci-dessous étaient des consultants.

Charte humanitaire : James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) et Yvonne Klynman (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge)

Principes de protection : Ed Schenkenberg van Mierop (Conseil international des Agences bénévoles, ICVA) et Claudine Haenni Dale

Standards essentiels : Peta Sandison et Sara Davidson

Chapitres techniques

- ▶ **Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène** : Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB)
- ▶ **Sécurité alimentaire et nutrition**
 - **Nutrition** : Susan Thurstans (Save the Children UK)
 - **Sécurité alimentaire et moyens de subsistance** : Devrig Velly (Action contre la faim)
 - **Aide alimentaire** : Paul Turnbull (Programme alimentaire mondial, PAM) et Walter Middleton (World Vision International)
- ▶ **Abris, habitat et articles non alimentaires** : Graham Saunders (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge)
- ▶ **Action sanitaire** : Mesfin Teklu (World Vision International)

Thèmes transversaux

- ▶ **Enfants** : Monica Blomström et Mari Mörth (Save the Children Sweden)
- ▶ **Personnes âgées** : Jo Wells (HelpAge International)
- ▶ **Personnes handicapées** : Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- ▶ **Genre** : Siobhán Foran (IASC GenCap Project)
- ▶ **Questions psychosociales** : Mark van Ommeren (OMS) et Mike Wessells (Columbia University)
- ▶ **VIH et sida** : Paul Spiegel (HCR)
- ▶ **Environnement, changements climatiques et réduction des risques de catastrophes** : Anita van Breda (WWF) et Nigel Timmins (Christian Aid)

Standards associés de Sphère

- ▶ **Éducation** : Jennifer Hofmann et Tzvetomira Laub (INEE)
- ▶ **Moyens de subsistance** : Cathy Watson (LEGS)
- ▶ **Relèvement économique** : Tracy Gerstle et Laura Meissner (Réseau SEEP)

Experts

- ▶ **Relèvement précoce** : Maria Olga Gonzalez (PNUD/Bureau pour la prévention des crises et le relèvement)
- ▶ **Coordination et administration des camps** : Gillian Dunn (International Rescue Committee, IRC)
- ▶ **Programmes de transfert d'argent** : Nupur Kukrety (réseau Cash Learning Partnership)

En outre, un certain nombre de personnes ont été consultées sur l'interface civil-militaire, les aspects délicats relatifs aux conflits et les environnements urbains.

Des groupes de travail et des groupes de référence ont été désignés pour aider les coordonnateurs dans leur travail ; le Projet Sphère rend hommage à la contribution de toutes ces personnes, qu'il est impossible de citer nommément dans le présent ouvrage. La liste complète de tous les membres des groupes de travail et de référence figure sur le site Web du Projet : www.sphereproject.org/

Mise au point rédactionnelle : Phil Greaney, Sue Pfiffner et David Wilson

Animateur des ateliers de révision : Raja Jarrah

Spécialiste suivi et évaluation : Claudia Schneider (SKAT)

Conseil d'administration de Sphère *(au 31 décembre 2010)*

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) ; Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Laurent Saillard) ; Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Roszbach) ; CARE International (Olivier Braunsteffer) ; CARITAS Internationalis (Jan Weuts) ; Conseil international des Agences bénévoles (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) ; International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) ; InterAction (Linda Poteat) ; Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) ; Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Simon Eccleshall) ; Fédération luthérienne mondiale (FLM) (Rudelmar Bueno de Faria) ; Groupe d'action sur la politique d'intervention d'urgence (PAGER) (Mia Vukojevic) ; Plan International (Unni Krishnan) ; Save the Children Alliance (Annie Foster) ; Sphere India (N.M. Prusty) ; Armée du salut (Raelton Gibbs) ; World Vision International (Ton van Zutphen).

Donateurs

En plus des contributions des organisations membres du Conseil d'administration citées ci-dessus, le financement de la révision du manuel a été assuré par :

Agence australienne d'aide au développement (AusAID) ; Service d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) ; ministère allemand des Affaires étrangères ; ministère espagnol des Affaires étrangères ; Direction suisse du développement et de la coopération (DDC) ; département du Développement international du Royaume-Uni (DFID) ; Bureau des réfugiés et des migrations du Département d'État des États-Unis d'Amérique (US-PRM) ; Bureau d'aide en cas de catastrophe à l'étranger de l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international (US-OFDA).

Personnel du Projet Sphère

Responsable du projet : John Damerell

Gestion de la formation et de l'apprentissage : Verónica Foubert

Promotion et gestion du matériel : Aninia Nadig

Soutien aux activités de formation et de promotion : Cécilia Furtade

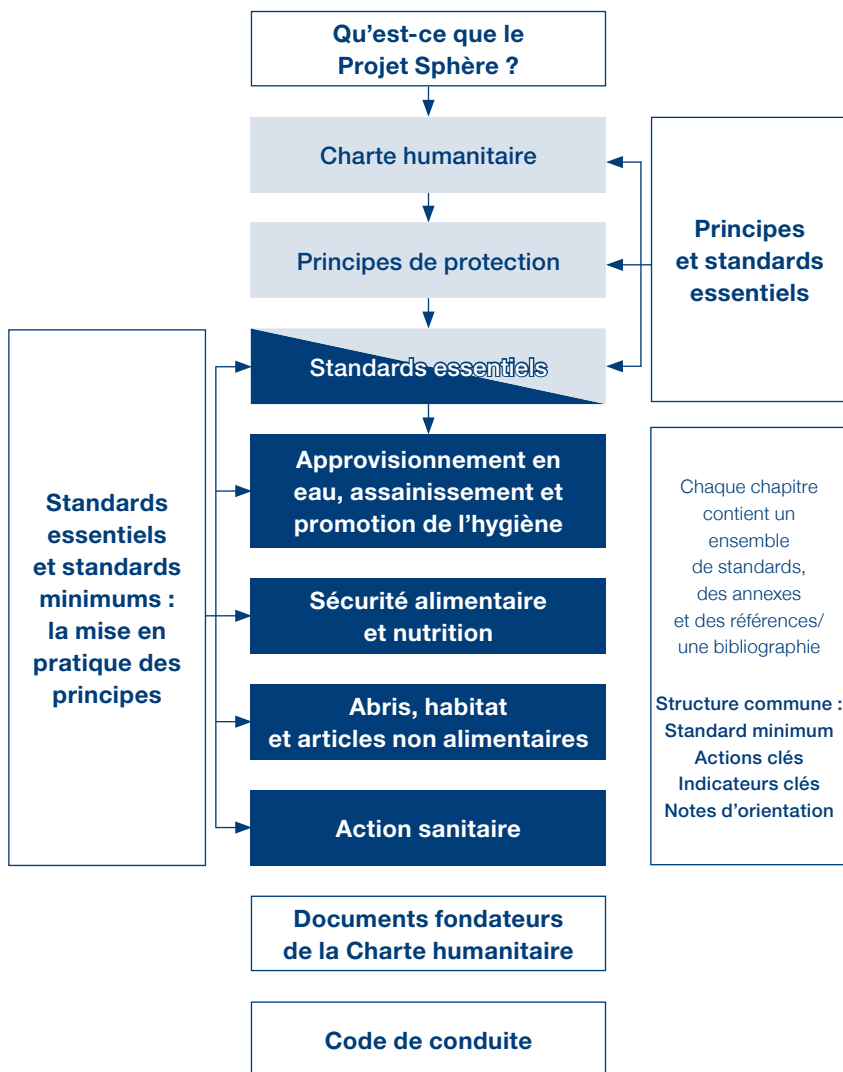
Finance et gestion des dons : Lydia Beauquis

À différents stades de la révision, l'équipe a été renforcée par Alison Joyner, Hani Eskandar et Laura Lopez.

Table des matières

Avant-propos	iii
Remerciements	iv
Qu'est-ce que le Projet Sphère ?	3
La Charte humanitaire	21
Les principes de protection	29
Les standards essentiels	55
Standards minimums sur l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène	91
Standards minimums sur la sécurité alimentaire et la nutrition	159
Standards minimums sur les abris, l'habitat et les articles non alimentaires	275
Standards minimums sur l'action sanitaire	329
Annexes	405
Annexe 1. Documents fondateurs de la Charte humanitaire	406
Annexe 2. 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	419
Annexe 3. Abréviations et acronymes	428
Index	431

Le manuel



Qu'est-ce que le Projet Sphère ?



Qu'est-ce que le Projet Sphère ?

Le Projet Sphère et son manuel sont bien connus pour avoir introduit des considérations de qualité et de redevabilité dans les interventions humanitaires. Mais quelles sont les origines du Projet Sphère ? Quelles sont sa philosophie et l'approche qu'il préconise ? Comment et pourquoi ce manuel a-t-il été conçu ? Quelle est sa place dans le paysage global de l'action humanitaire ? Qui doit l'utiliser et quand ? Le présent chapitre a pour but d'apporter une réponse à ces importantes questions. De plus, il présente en détail la structure du manuel et explique comment celui-ci doit être utilisé, et comment vous et votre organisation pouvez vous conformer aux standards minimums du Projet.

La philosophie du Projet Sphère : le droit de vivre dans la dignité

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. Leur objectif était d'améliorer la qualité de leurs actions lors des interventions en cas de catastrophe et d'être tenus d'en rendre compte. Ils ont fondé la philosophie du Projet Sphère sur **deux convictions essentielles** : la première est que les personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé ont le droit de vivre dans la dignité et, par conséquent, de recevoir l'assistance dont elles ont besoin ; la seconde est que tout ce qui est possible doit être fait pour alléger la souffrance humaine résultant d'une catastrophe ou d'un conflit armé.

À l'appui de ces deux convictions essentielles, les artisans du Projet Sphère ont rédigé une Charte humanitaire et défini un ensemble de **standards minimums** dans des secteurs clés visant à sauver des vies, qui sont exposés dans les quatre chapitres techniques du présent manuel : approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène ; sécurité alimentaire et nutrition ; abris, habitat et articles non alimentaires ; et action sanitaire. Les **standards essentiels** portent sur les processus et s'appliquent à l'ensemble des chapitres techniques.

Les standards minimums reposent sur des données factuelles et sont l'expression d'un consensus parmi les acteurs de chaque secteur sur les bonnes pratiques en matière d'intervention humanitaire. Des actions clés, des indicateurs clés et des notes d'orientation (dont on trouvera la description ci-après dans la section

intitulée « Comment utiliser les standards ») accompagnent chaque standard et donnent des conseils pour l'atteindre.

Les standards minimums décrivent les conditions qui doivent être remplies dans toute intervention humanitaire afin que les populations touchées par une catastrophe puissent survivre et recouvrer des conditions de vie stables dans la dignité. La **participation de ces populations** au processus consultatif est au cœur de la philosophie du Projet Sphère. Celui-ci a donc été l'une des premières initiatives d'un ensemble qui est maintenant regroupé sous la désignation **qualité et redevabilité**.

La Charte humanitaire et les standards minimums sont publiés ensemble sous la forme d'un **manuel** dont vous avez sous les yeux la nouvelle édition. Le manuel Sphère est conçu pour servir à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions humanitaires. Il est aussi un outil efficace de promotion pour négocier avec les autorités le champ de l'action humanitaire et l'allocation de ressources. Il est en outre utile pour les activités de préparation aux catastrophes et pour la planification en situation d'urgence, les donateurs demandant de plus en plus souvent qu'il soit fait référence aux standards dans les rapports qu'ils exigent.

N'étant la propriété d'aucune organisation en particulier, le manuel est largement accepté par le secteur humanitaire tout entier. Il est devenu l'un des ensembles de standards pour l'intervention humanitaire les plus connus et les mieux reconnus sur le plan international, et il est utilisé comme un outil de communication et de coordination interagences.

Initialement publié en 2000, le manuel a été révisé en 2003, puis à nouveau en 2009-2010. Pour chaque révision, de vastes consultations ont été menées par secteurs, impliquant un grand nombre d'agences, d'organisations et de personnes, y compris gouvernements et institutions des Nations Unies (ONU).

Les principaux utilisateurs du manuel Sphère sont des praticiens directement concernés par la planification, la gestion ou la mise en œuvre d'interventions humanitaires, à savoir essentiellement le personnel et les volontaires des agences humanitaires aux niveaux local, national et international. En outre, on se réfère fréquemment aux standards minimums pour lever des fonds et proposer des projets.

D'autres acteurs, comme les gouvernements et les autorités locales, les forces armées et le secteur privé, sont eux aussi encouragés à utiliser le manuel Sphère. Il pourra les aider à orienter leurs propres actions, mais aussi à comprendre les standards appliqués par les agences humanitaires avec lesquelles ils devront interagir.



Le manuel, reflet des valeurs du Projet Sphère

La structure du manuel reflète l'objectif que s'est fixé le Projet Sphère d'ancrer fermement les interventions humanitaires dans une approche fondée sur les droits et la participation.

Charte humanitaire, principes de protection et standards essentiels

La Charte humanitaire, les principes de protection et les standards essentiels formulent clairement l'approche adoptée par le Projet Sphère pour les interventions humanitaires, une approche fondée sur les droits et centrée sur les personnes. Ils insistent sur l'importance de faire participer la population touchée par une catastrophe et les autorités locales et nationales à tous les stades de l'intervention. Les principes de protection et les standards essentiels sont présentés au début du manuel, ce qui évite de les répéter dans chaque chapitre technique. Les utilisateurs du manuel, notamment les spécialistes d'un domaine technique particulier, doivent les considérer comme faisant partie intégrante de ces chapitres.

La pierre angulaire du manuel est la **Charte humanitaire** (accompagnée, à l'annexe 1, page 406, d'une liste descriptive d'instruments juridiques et de directives clés). Elle constitue une toile de fond éthique et juridique pour les principes de protection, de même que pour les standards essentiels et les standards minimums, plantant ainsi le décor pour leur interprétation et leur mise en œuvre correctes. Elle énonce les droits et obligations reconnues légalement, et les convictions et engagements communs des agences humanitaires, tous regroupés en un ensemble de **principes, droits et obligations communs**. Fondés sur le principe d'humanité et l'impératif humanitaire, ils comprennent le droit de vivre dans la dignité, le droit de recevoir une assistance humanitaire et le droit à la protection et à la sécurité. La Charte met aussi l'accent sur l'importance de la **redevabilité des agences envers les communautés touchées par une catastrophe**. Les standards essentiels et les standards minimums développent ce que ces principes et obligations veulent dire en pratique.

La Charte humanitaire explique pourquoi l'assistance et la protection sont des piliers fondamentaux de toute action humanitaire. Pour développer l'aspect protection, le manuel réunit un ensemble de **principes de protection**, qui transposent un certain nombre de principes juridiques et de droits énumérés dans la Charte en stratégies et en mesures dont l'action humanitaire devrait s'inspirer dans une perspective de protection. La protection est au cœur de l'action humanitaire, et les principes de protection soulignent la responsabilité incombant à toutes les agences humanitaires de faire en sorte que leurs activités portent sur



les menaces les plus graves auxquelles la population affectée doit faire face en temps de conflit armé ou de catastrophe.

Toutes les agences humanitaires doivent veiller à ce que leurs activités ne portent pas davantage préjudice aux populations affectées par une catastrophe (principe de protection 1), à ce que ces activités bénéficient avant tout aux personnes qui sont les plus touchées et les plus vulnérables (principe de protection 2), à ce qu'elles contribuent à protéger les personnes touchées par une catastrophe contre des actes de violence et d'autres violations des droits humains (principe de protection 3) et à ce qu'elles aident ces personnes à se remettre des abus qu'elles peuvent avoir subis (principe de protection 4). Les rôles et responsabilités des agences humanitaires en matière de protection sont généralement secondaires par rapport à la responsabilité juridique de l'État concerné et des autres autorités compétentes. L'action de protection implique souvent de rappeler à ces autorités les responsabilités qui leur incombent.

Les standards essentiels forment un premier groupe de standards minimums qui servent de base à tous les autres. Ils décrivent les approches et processus fondamentaux adoptés pendant une intervention humanitaire pour assurer son efficacité. Afin d'atteindre les standards techniques, il est essentiel de réunir les éléments suivants : focalisation sur les capacités et la participation active des personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé, analyse complète et compréhension approfondie des besoins et du contexte, coordination efficace entre les agences, volonté d'améliorer continuellement la performance, et travailleurs humanitaires possédant les compétences appropriées et auxquels on assure le soutien nécessaire.

Les principes de protection et les standards essentiels sont présentés au début du manuel, ce qui évite de les répéter dans chaque chapitre technique. Ils soutiennent toutes les activités humanitaires et **doivent être utilisés conjointement avec les chapitres techniques**. Ils sont indispensables pour atteindre les standards techniques dans une perspective de recherche de la qualité et de redevabilité envers les populations touchées.

Les standards essentiels et les standards minimums dans les quatre chapitres techniques

Les standards essentiels et les standards minimums portent sur la manière de concevoir les programmes et sur quatre groupes d'activités visant à sauver des vies : approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène ; sécurité alimentaire et nutrition ; abris, habitat et articles non alimentaires ; et action sanitaire.

Comment utiliser les standards

Les standards essentiels et les standards minimums ont un format spécifique. Ils commencent par une affirmation générale et universelle – le standard minimum proprement dit –, suivie par une série d'actions clés, d'indicateurs clés et de notes d'orientation.

On commence par l'énoncé du **standard minimum**. Chaque standard découle du principe selon lequel les populations touchées par une catastrophe ont le droit de vivre dans la dignité. Les standards minimums sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimums à atteindre au cours de l'intervention humanitaire. Leur champ d'application est universel, ils s'appliquent dans toutes les situations de catastrophe. Ils sont par conséquent formulés en termes généraux.

Des **actions clés** pratiques sont ensuite suggérées pour atteindre le standard minimum. Certaines actions ne sont pas forcément applicables dans tous les contextes, et c'est aux praticiens qu'il revient de choisir les actions les plus pertinentes et d'en concevoir d'autres qui permettront d'atteindre le standard.

Ensuite, un ensemble d'**indicateurs clés** servent de « signaux » pour indiquer si oui ou non un standard a été atteint. Ils sont un moyen de mesurer et de communiquer les processus et les résultats des actions clés. Ils se rapportent au standard minimum, et non à l'action clé.

Enfin, les **notes d'orientation** portent sur des points spécifiques au contexte qu'il faut prendre en compte pour mener les actions clés et atteindre les indicateurs clés. Elles donnent des orientations pour résoudre les difficultés pratiques, ainsi que des points de référence ou des conseils sur le thème prioritaire et les thèmes transversaux. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux standards, aux actions et aux indicateurs, et exposer les dilemmes, controverses ou lacunes subsistant dans l'état actuel des connaissances. Elles ne donnent cependant **pas** d'indications **sur la manière** de mener des activités spécifiques.

Une brève **introduction à chaque chapitre** décrit les principales questions qui s'y rapportent. Les chapitres sur les standards techniques minimums contiennent en outre des annexes, par exemple des aide-mémoire, des formules, des tableaux et des modèles de formulaire pour les rapports. Chaque chapitre se termine par une liste de références et une bibliographie complémentaire. On trouvera un glossaire détaillé pour chacun des chapitres du manuel sur le site Web du Projet Sphère (www.sphereproject.org).

Tous les chapitres sont liés entre eux. Il n'est pas rare que des standards décrits dans un secteur doivent être appliqués conjointement avec des standards décrits dans d'autres. C'est la raison pour laquelle le manuel contient de nombreuses références croisées.

Se conformer aux standards minimums du Projet Sphère

Le manuel Sphère est un code volontaire et un outil d'autorégulation qui permet d'assurer la qualité et la redevabilité. Le Projet Sphère n'utilise aucun mécanisme de contrôle de la conformité. On ne devient pas « signataire » de Sphère, ni membre du Projet Sphère, et il n'existe aucun processus d'accréditation. Si le Projet Sphère a délibérément choisi de ne pas faire un manuel prescriptif ni orienté vers une reconnaissance de conformité, c'est pour susciter la plus large appropriation possible.

Le manuel ne donne aucun conseil pratique pour la fourniture de certains services (les actions clés suggèrent plusieurs activités pour atteindre un standard sans préciser comment y arriver). Il explique plutôt ce **qu'il faut mettre en place** pour qu'une population touchée par une catastrophe puisse vivre dans la dignité. C'est donc à chaque agence d'exécution qu'il appartient de choisir le système qui lui convient pour être en conformité avec les standards minimums du Projet Sphère. Certaines ont recours à des mécanismes purement internes, alors que d'autres ont choisi le contrôle par les pairs. Certains réseaux d'agences ont utilisé Sphère pour évaluer leur intervention collective dans des situations d'urgence particulières.

Se conformer à Sphère ne signifie pas qu'il faille satisfaire tous les standards et tous les indicateurs. La mesure dans laquelle les agences peuvent satisfaire les standards dépendra d'une série de facteurs, dont certains échappent à leur contrôle. Il arrive que les difficultés d'accès à la population affectée, un manque de coopération de la part des autorités ou une grave insécurité rendent impossible d'atteindre les standards.

Si les conditions de vie générales d'une population touchée par une catastrophe étaient déjà considérablement plus mauvaises que les standards minimums avant la catastrophe, les agences ne disposeront peut-être pas de ressources suffisantes pour satisfaire les standards. Il peut alors s'avérer plus important de fournir des installations de base à l'ensemble de la population affectée plutôt que de chercher à atteindre les standards minimums pour une partie seulement de cette population.

Parfois, les standards minimums sont supérieurs aux conditions de vie quotidiennes de la population environnante. En ce qui concerne la population affectée elle-même, il est impératif de continuer d'appliquer les standards minimums. Mais ce genre de situation peut aussi révéler la nécessité de prendre des mesures en faveur de la population environnante et d'engager le dialogue avec les chefs de communauté. C'est le contexte qui déterminera ce qui est approprié et faisable.



Lorsque les standards ne peuvent être satisfaits, les agences humanitaires doivent :

- décrire dans leurs rapports (estimation initiale, évaluation, etc.) l'écart entre les indicateurs pertinents du Projet Sphère et ceux qui ont été atteints dans la réalité ;
- expliquer les raisons de cet état de fait et les changements qu'il faudrait apporter ;
- évaluer les conséquences négatives pour la population touchée par la catastrophe ;
- prendre des mesures d'atténuation appropriées pour limiter au minimum les dommages causés par ces conséquences.

En s'engageant à prendre ces mesures, les agences montrent qu'elles se conforment à la philosophie du Projet Sphère et à ses standards minimums, même si elles ne sont pas en mesure de les satisfaire comme le prévoit le manuel.

La place du Projet Sphère dans l'action humanitaire

Le manuel Sphère est conçu pour être utilisé pendant des interventions humanitaires dans diverses situations, notamment les catastrophes naturelles, les conflits armés, les situations d'urgence soudaines ou latentes, en zones rurales et urbaines, et les situations d'urgence politiques complexes, quel que soit le pays. Le terme « catastrophe » recouvre ici toutes ces situations, mais le terme « conflit armé » peut être utilisé si nécessaire. Le terme « population » désigne les individus, les familles, les communautés et les groupes plus étendus. Pour cette raison, le terme « population touchée par une catastrophe » ou « population affectée » a été généralement utilisé dans tout le manuel.

Quand utiliser le manuel

Parce qu'ils portent sur la période de **l'intervention humanitaire**, les standards minimums du Projet Sphère couvrent les activités visant à répondre aux besoins urgents pour la survie des populations touchées par une catastrophe. Cette phase peut durer de quelques jours ou semaines à quelques mois, voire à plusieurs années, surtout dans les contextes marqués par une insécurité très longue et des déplacements de population. Il est par conséquent impossible de préciser dans quelles limites de temps particulières les standards Sphère s'appliquent.

Le manuel occupe cependant une place bien précise dans le domaine plus large de **l'action humanitaire**, puisqu'il va au-delà des mesures de secours



immédiates et couvre un éventail d'activités qui se succèdent : préparation aux catastrophes, intervention humanitaire et relèvement précoce. En tant qu'outil de référence, il est utile à la fois pour la phase de préparation et la phase de relèvement précoce qui, théoriquement, « encadrent » l'intervention humanitaire, bien qu'en réalité les trois phases soient indissociables.

Le **préparation aux catastrophes** vise à ce que les acteurs – gouvernements, agences humanitaires, organisations locales de la société civile, communautés et individus – disposent des capacités, des relations et des connaissances nécessaires pour se préparer et réagir avec efficacité à une catastrophe ou à un conflit armé. Avant et pendant l'intervention, ils doivent commencer à prendre des mesures qui amélioreront le niveau de préparation et réduiront les risques pour l'avenir. Ils doivent être prêts, au moins, à appliquer les standards minimums du Projet Sphère lors d'une catastrophe future.

Le **relèvement précoce** suit la phase de secours et conduit à un relèvement à long terme. Il est plus efficace lorsqu'on s'y est préparé et que l'on en a créé les conditions dès le début de l'intervention humanitaire. Reconnaisant l'importance du relèvement précoce, le manuel y fait référence tout au long de ses pages, selon les besoins.

L'évolution du secteur humanitaire et ses implications pour Sphère

Ces dernières années, il s'est produit dans le secteur humanitaire et d'autres domaines concernés une évolution qui englobe des changements intervenus dans la nature des catastrophes et des conflits armés, mais aussi du travail humanitaire lui-même. Les éléments nouveaux qui ont été examinés lors de la révision du manuel sont les suivants :

- un déplacement du centre de gravité conceptuel et opérationnel vers les interventions locales et nationales, avec une prise de conscience du fait que les **populations touchées par une catastrophe** doivent être consultées et que les capacités d'intervention des États affectés par la crise, des agences et des institutions nationales doivent être renforcées ;
- une **redevabilité** plus proactive de l'action humanitaire, surtout envers les populations affectées, mais aussi une coordination plus prévoyante, notamment dans le cadre du processus de réforme de l'action humanitaire (approche par groupes sectoriels), sous les auspices du Comité permanent interorganisations (CPI-IASC) ;
- une focalisation accrue sur les questions de **protection** et les actions qui s'y rapportent ;
- une prise de conscience croissante de la migration forcée des populations, potentiellement à grande échelle, dans le prolongement des

- catastrophes dues aux changements climatiques**, et du fait que la dégradation de l'environnement accroît la vulnérabilité ;
- la constatation que les **populations urbaines pauvres** augmentent rapidement et qu'elles présentent des facteurs de vulnérabilité spécifiques, liés en particulier à l'économie monétaire, à la cohésion sociale et à l'espace physique ;
 - de nouvelles façons d'aider, comme les **transferts d'argent liquide et de bons d'achat** et les achats locaux, qui remplacent les envois d'aide humanitaire en nature ;
 - la conception de plus en plus répandue que la **réduction des risques de catastrophe** est à la fois un secteur et une stratégie ;
 - l'implication accrue de forces armées dans les interventions humanitaires – c'est-à-dire d'un ensemble d'acteurs qui ne sont pas essentiellement motivés par des préoccupations humanitaires ; cette implication nécessite l'élaboration de lignes directrices et de stratégies de coordination spécifiques pour le dialogue humanitaire entre civils et militaires ;
 - une implication plus importante du **secteur privé** dans les interventions humanitaires, ce qui nécessite des lignes directrices et des stratégies similaires à celles que requiert le dialogue entre civils et militaires.

Le Projet Sphère intègre ces développements dans le manuel là où cela s'avère nécessaire, en particulier s'agissant des **questions émergentes** de transferts d'argent liquide, de relèvement précoce et de relations entre civils et militaires.

Comprendre le contexte lors de l'intervention humanitaire

Pour être efficace, toute intervention humanitaire doit être fondée sur un diagnostic complet et tenant compte du contexte (évaluation préalable, suivi et évaluation). Il s'agit d'**analyser les besoins des populations, leurs facteurs de vulnérabilité et leurs capacités dans chaque contexte**.

Le manuel est principalement conçu comme un outil permettant de faire la distinction entre différents contextes et d'adapter les programmes d'intervention en conséquence : il guide les praticiens dans leurs réflexions sur la manière d'atteindre un standard universellement applicable dans des situations ou des contextes concrets, en accordant une attention particulière aux facteurs de vulnérabilité et aux capacités spécifiques.

Les membres d'une population touchée par une catastrophe n'ont pas tous la même maîtrise de leurs ressources et de leurs possibilités. Ainsi, l'impact sur les personnes varie en fonction de l'origine ethnique et des appartenances religieuses ou politiques. Le fait d'être déplacées rend vulnérables certaines personnes qui ne l'auraient pas été dans des situations normales. Les femmes, les enfants, les



personnes âgées et les personnes handicapées ou vivant avec le VIH peuvent ne pas accéder à une assistance vitale ou ne pas arriver à se faire entendre en raison d'obstacles physiques, culturels ou sociaux. L'expérience a montré que traiter ces personnes comme une longue liste de « groupes vulnérables » peut conduire à la fragmentation et à l'inefficacité des interventions, car une telle conception fait peu de cas des cumuls de vulnérabilité et de l'évolution des facteurs de vulnérabilité au fil du temps, même au cours d'une même crise.

Les efforts de secours et de relèvement doivent aussi prendre en compte les dangers et les facteurs de vulnérabilité futurs, afin de reconstruire des communautés plus sûres et d'œuvrer à une plus grande résilience. Dans de nombreuses parties du monde, les changements climatiques commencent déjà à avoir un impact sur les schémas de risque ; il faut combiner connaissance traditionnelle des dangers, des facteurs de vulnérabilité et des capacités avec des évaluations de risques futurs liés au climat.

Pour tenir dûment compte du caractère unique de chaque situation de catastrophe et des capacités et facteurs de vulnérabilité particuliers de la population affectée, le manuel examine un certain nombre de **thèmes transversaux**. Ces thèmes, qui portent sur **les enfants, les questions de genre, les personnes âgées, le VIH et le sida, les personnes handicapées et le soutien psychosocial**, traitent des facteurs de vulnérabilité des individus et des sous-groupes. Les thèmes de la **réduction des risques de catastrophe** (dont les **changements climatiques**) et de **l'environnement** traitent de questions relatives à la vulnérabilité de l'ensemble de la population affectée. Chaque thème sera décrit plus en détail à la fin de la présente introduction.

Liens avec d'autres standards humanitaires

Afin que le manuel révisé ne dépasse pas un seul volume de taille raisonnable, on a centré son contenu sur les quatre secteurs primaires de l'intervention humanitaire. Beaucoup de secteurs connexes, qui font partie d'une intervention humanitaire efficace, ont mis au point leurs propres standards. Un certain nombre d'entre eux figurent dans une série de **standards associés du Projet Sphère**, publiés séparément mais élaborés avec la même rigueur et selon le même processus de consultation que les standards Sphère. Il s'agit des Normes minimales pour l'éducation : Préparation, interventions, relèvement, du Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (INEE) ; des Normes minimales pour le relèvement économique du Réseau d'éducation et de promotion des petites entreprises (SEEP), et des Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS).

L'éducation dans les situations d'urgence peut aider à soutenir la vie et à la sauver. Dispensée dans des espaces sûrs, elle apporte un sentiment de normalité, un soutien psychosocial et une protection contre l'exploitation et la souffrance. Elle peut aussi servir à faire passer des messages sur la sécurité, les aptitudes à la vie, et des informations vitales pour la santé et d'hygiène. Les normes minimales de l'INEE ont été publiées pour la première fois en 2004 et mises à jour en 2010 ; elles sont devenues des standards associés du Projet Sphère en 2008. Elles constituent un cadre qui établit des liens cruciaux entre l'éducation et la santé, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la nutrition, les abris et la protection, et renforce la sécurité, la qualité et la redevabilité des programmes de préparation et d'intervention dans le domaine de l'éducation.

Le développement des petites entreprises et l'élevage sont couverts respectivement par les Normes minimales du réseau SEEP et les Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage. Il est prévu que ces deux ensembles de standards minimums deviendront des standards associés du Projet Sphère en 2011.

Utilisés en même temps que le présent manuel, les standards associés amélioreront la qualité de l'assistance apportée aux populations touchées par une catastrophe ou un conflit armé. Des orientations et conseils pertinents issus des standards de l'INEE, SEEP et LEGS ont été intégrés dans le présent manuel avec les références croisées appropriées.

Des agences, des coalitions et des réseaux ont défini des standards et des codes pour répondre à des besoins opérationnels particuliers, notamment dans le cadre de mandats spécifiques ou de besoins en expertises techniques particulières, ou pour combler des lacunes constatées en matière de directives. Le cas échéant, on trouvera des références à ces autres standards dans les chapitres techniques du manuel.

Le Projet Sphère fait partie d'un groupe **d'initiatives sur la qualité et la redevabilité** dans le secteur humanitaire, et entretient des relations étroites avec le projet Emergency Capacity Building (ECB), qui a publié *Le guide suffisamment bon*, et avec le Partenariat pour la redevabilité humanitaire (Humanitarian Accountability Partnership, HAP), qui traite des questions de mise en conformité dans sa Norme de redevabilité humanitaire et de gestion de la qualité. D'autres initiatives du même genre avec lesquelles ont été entretenus des contacts réguliers sont People in Aid, le groupe URD (Urgence – Réhabilitation – Développement), Coordination Sud, et le Réseau d'apprentissage actif pour la responsabilisation et la performance dans l'action humanitaire (Active Learning Network for Accountability and Performance, ALNAP).

Au-delà du manuel

Le présent manuel est l'outil principal et le plus utilisé du Projet Sphère. Il figure aussi en format électronique sur le site du projet (www.sphereproject.org), où vous trouverez également les dernières informations et les mises à jour disponibles des différentes versions et autres ressources.

Le manuel existe en plusieurs langues et est accompagné de divers matériels de formation et de promotion. Ces derniers sont souvent adaptés à des contextes locaux sur la base de l'expérience acquise par les praticiens. Ce fait illustre le dynamisme de la communauté de pratique de Sphère, qui apparaît comme un réseau parfois informel, assez souple et en constante expansion, de praticiens qui conservent à l'esprit de Sphère toute sa vitalité. Le Projet Sphère repose sur la nécessité de contribuer à l'amélioration des interventions humanitaires pour satisfaire les droits et les besoins des personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé, et de leur rendre des comptes. Il a beaucoup progressé depuis ses débuts, mais aucun manuel ne pourrait à lui seul obtenir ce résultat. Vous seuls le pouvez.



Brève description des thèmes transversaux

Les thèmes transversaux de ce manuel portent sur divers sujets de préoccupation dans les interventions en cas de catastrophe et abordent les questions relatives à la vulnérabilité des personnes et des groupes ou à la vulnérabilité de manière plus générale. Chaque thème est décrit ci-après plus en détail.

Les enfants. Des mesures spéciales doivent être prises pour que tous les enfants soient protégés de la souffrance et aient un accès équitable aux services de base. Les enfants constituant souvent une part importante de la population touchées par une catastrophe, il est essentiel que leurs points de vue et leurs expériences non seulement puissent s'exprimer lors des évaluations initiales et de la planification en situation d'urgence, mais aussi qu'ils influencent la fourniture des services humanitaires, son suivi et son évaluation. Les enfants et les jeunes sont sensibles aux effets néfastes de certaines situations, comme la malnutrition, l'exploitation, les enlèvements et le recrutement dans des groupes armés ou des forces combattantes, la violence sexuelle et le manque d'occasions de participer aux prises de décisions. La Convention internationale des droits de l'enfant précise ceci : « ... un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans... » Cette définition peut varier en fonction des contextes culturels et sociaux. Il faut analyser en détail comment les populations touchées par une catastrophe définissent les enfants, afin qu'aucun enfant ou qu'aucun jeune ne soit exclu de l'assistance humanitaire.

Réduction des risques de catastrophe. Il s'agit du concept et de la pratique consistant à réduire les risques de catastrophe par des efforts systématiques d'analyse et de gestion des causes, notamment en limitant l'exposition aux dangers, en réduisant les facteurs de vulnérabilité qui pèsent sur les personnes et les biens, en faisant preuve de sagesse dans la gestion de la terre et de l'environnement, et en améliorant la préparation aux événements dangereux – parmi lesquels les catastrophes naturelles comme les tempêtes, les inondations, les sécheresses et l'élévation du niveau de la mer. Dans la mesure où ces phénomènes semblent devenir toujours plus variables et graves, on les attribue de plus en plus aux **changements climatiques** dans le monde.

Environnement. Par environnement, on entend les éléments et les processus physiques, chimiques et biologiques susceptibles d'agir sur la vie et les moyens de subsistance des populations touchées par une catastrophe et des populations locales. L'environnement apporte les ressources naturelles dont les individus ont besoin et il contribue à la qualité de la vie. Si l'on veut voir perdurer ses fonctions essentielles, il faut le protéger et le gérer. Les standards



minimums traitent notamment de la nécessité d'empêcher la surexploitation, la pollution et la dégradation du milieu environnemental, et visent à préserver son rôle de soutien à la vie, à réduire les risques et les facteurs de vulnérabilité et à introduire des mécanismes permettant aux systèmes naturels de s'adapter et de se régénérer.

Genre. La notion de genre désigne le fait que les gens vivent une situation donnée de manière différente selon que ce sont des hommes ou des femmes. La notion de **sexe** se rapporte aux attributs biologiques des hommes et des femmes. Le sexe est naturel, congénital et, par conséquent, ne change généralement pas et est universel.

Les documents sur les droits humains qui constituent la base de la Charte humanitaire stipulent expressément qu'hommes et femmes ont des droits égaux. Ils ont un droit égal à l'assistance humanitaire et à la protection, au respect de leur dignité humaine et à la reconnaissance de l'égalité de leurs capacités humaines, y compris celle de faire des choix, et ont droit aux mêmes possibilités d'agir à partir de ces choix et de faire en sorte que leurs actions aboutissent au résultat qu'ils souhaitent. Les interventions humanitaires sont plus efficaces quand elles sont fondées sur une bonne compréhension non seulement des différences qui existent entre les hommes et les femmes et les garçons et les filles de tous âges en termes de besoins, de vulnérabilité, d'intérêts, de capacités et de stratégies d'adaptation, mais aussi des effets différents qu'ont sur eux les catastrophes et les conflits. C'est par une analyse fondée sur le genre que l'on peut saisir ces différences, de même que les inégalités entre les rôles et les charges de travail dévolus aux hommes et aux femmes, les différences d'accès aux ressources et à leur maîtrise, les différences de pouvoir de décision et les différences d'accès aux possibilités de développement des compétences. Les questions de genre sont communes à tous les autres thèmes. Le double objectif de proportionnalité et d'impartialité de l'action humanitaire signifie qu'il faut veiller à ce qu'il y ait équité de traitement entre les hommes et les femmes, et faire en sorte de leur assurer des chances égales. Historiquement, l'attention portée aux questions de genre découlait de la nécessité de se préoccuper des besoins et des conditions de vie des femmes et des filles, dans la mesure où celles-ci étaient généralement désavantagées par rapport aux hommes et aux garçons. De plus en plus, cependant, la communauté humanitaire reconnaît la nécessité d'inclure les difficultés auxquelles les hommes et les garçons sont confrontés dans les situations de crise.

VIH et sida. Il est important de connaître la prévalence du VIH dans le contexte humanitaire concerné pour comprendre les facteurs de vulnérabilité et les risques, et pour planifier une intervention efficace. En plus des groupes de population les plus à risque (les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et les travailleurs de l'industrie du sexe), qui ont souvent besoin que l'on prenne à leur égard des mesures de protection contre l'abandon, la discrimination et la violence, on peut trouver dans certains contextes d'autres groupes vulnérables comme les réfugiés, les migrants, les jeunes et les mères célibataires. Les déplacements massifs de population peuvent augmenter les facteurs de vulnérabilité face au VIH, ainsi que les risques résultant de la dislocation des familles, d'une rupture de la cohésion communautaire et d'une perte des repères sociaux et sexuels qui régulent les comportements. Les femmes et les enfants peuvent se retrouver entre les mains de groupes armés et être particulièrement vulnérables au VIH en raison de l'exploitation et des violences sexuelles. Dans les situations d'urgence humanitaire, les gens peuvent ne plus avoir accès à des interventions de riposte au VIH telles que les programmes de prévention. Il se peut aussi que les traitements antirétroviraux et anti-tuberculeux ainsi que les mesures de prévention et de traitement d'autres infections opportunistes soient interrompus.

Les personnes vivant avec le VIH font souvent l'objet de discrimination et de stigmatisation ; il faut par conséquent respecter strictement la confidentialité et leur assurer la protection nécessaire le cas échéant. Les activités sectorielles prévues dans le présent manuel devraient suggérer des interventions appropriées concernant le VIH en fonction de la prévalence et du contexte, et éviter d'accroître la vulnérabilité des personnes et d'augmenter les risques face au VIH.

Personnes âgées. Selon les Nations Unies, les personnes âgées sont les hommes et les femmes de plus de 60 ans, mais la définition de « personne âgée » peut varier selon les contextes. Les personnes âgées sont souvent parmi les plus pauvres dans les pays en développement et constituent une proportion importante – et croissante – des personnes les plus vulnérables dans les situations de conflit armé et de catastrophe (les plus de 80 ans représentent le groupe d'âge qui augmente le plus à travers le monde). Malgré cela, elles sont souvent négligées dans la gestion des catastrophes et des conflits. L'isolement et la faiblesse physique sont des facteurs majeurs qui aggravent la vulnérabilité de ces personnes et s'ajoutent à la perturbation des stratégies de subsistance et des structures de soutien familial et communautaire, aux



maladies chroniques, aux problèmes de mobilité et à la détérioration de la santé mentale. Des efforts particuliers doivent donc être faits pour recenser et atteindre les personnes âgées confinées à leur domicile et celles qui sont chefs de famille. Les personnes âgées ont aussi des contributions importantes à faire s'agissant de survie et de réadaptation. Elles jouent un rôle crucial en matière de soins aux enfants, de gestion des ressources et d'apport de revenus ; elles connaissent par expérience les stratégies utilisées par la communauté pour faire face à l'adversité et contribuent à préserver l'identité culturelle et sociale.

Personnes handicapées. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'entre 7 et 10% de la population mondiale, y compris les enfants et les personnes âgées, vivent en situation de handicap. Les catastrophes et les conflits armés peuvent faire augmenter l'incidence des incapacités et des handicaps. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) définit le handicap comme une notion en constante évolution qui résulte de l'interaction entre les personnes présentant des incapacités (physiques, sensorielles, intellectuelles ou psychosociales) et les obstacles créés par des attitudes et un environnement qui empêchent les personnes concernées de participer pleinement et efficacement à la vie en société, sur un pied d'égalité avec les autres. C'est donc la présence de ces obstacles qui empêche les personnes handicapées de participer pleinement et utilement aux principaux programmes d'assistance humanitaire, ou d'en bénéficier. La nouvelle Convention fait spécifiquement référence aux questions de sûreté et de protection des personnes handicapées dans les conflits armés et les crises humanitaires (CRPD, article 11).

Les personnes handicapées sont exposées à des risques disproportionnés lors des catastrophes, et souvent exclues des processus de secours et de réadaptation. Cette exclusion rend plus difficile le recours effectif et la participation aux services standard de soutien en cas de catastrophe. Il ne faut pas oublier que les personnes handicapées constituent un groupe de population hétérogène, comprenant des enfants et des personnes âgées, dont les besoins ne peuvent pas être satisfaits par une démarche identique pour tous. Les interventions humanitaires doivent par conséquent prendre en compte les capacités, les ressources, les connaissances et le savoir-faire particuliers des personnes qui présentent des incapacités de différents types et à des degrés divers. Il ne faut pas oublier non plus que les personnes handicapées ont les mêmes besoins essentiels que tous les autres membres de leur communauté.

Certaines peuvent aussi avoir des besoins spécifiques, comme le remplacement des aides et des appareils, et l'accès à des services de réadaptation. De plus, les mesures qui leur sont destinées ne doivent pas avoir pour effet de les séparer de leur famille ni de leurs réseaux sociaux. Enfin, si l'on ne prend pas en considération les droits de ces personnes dans les interventions humanitaires, on perd une occasion capitale de reconstruire des communautés pour tous. Il est donc essentiel d'inclure les personnes handicapées dans tous les aspects des actions de secours et de relèvement, tant dans le cadre d'interventions générales que par des mesures ciblées.

Soutien psychosocial. Les effets émotionnels, sociaux, physiques et spirituels très complexes des catastrophes comptent parmi les principales sources de vulnérabilité et de souffrance. Bon nombre de ces réactions sont normales et peuvent être surmontées avec le temps. Il est indispensable d'organiser sur place des services appropriés de soutien psychologique et psychosocial qui encouragent l'entraide et stimulent les facultés d'adaptation et la résilience chez les personnes touchées par une catastrophe. L'action humanitaire se trouve renforcée si, le plus tôt possible, ces personnes sont associées à la définition des orientations et à la mise en œuvre des interventions. Dans chaque secteur humanitaire, la façon dont l'aide est apportée a un impact psychosocial qui peut, soit apporter un soutien aux bénéficiaires, soit leur faire du tort. L'aide doit être fournie avec humanité de façon à contribuer au maintien de la dignité, à permettre à chacun de se sentir efficace à travers une participation utile, à respecter l'importance des pratiques religieuses et culturelles et à renforcer la capacité des membres de la communauté à œuvrer au bien-être général.

Références

Convention internationale des droits de l'enfant
www2.ohchr.org/french/law/crc.htm

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées
www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413

OMS : incapacités
www.who.int/topics/disabilities/fr/index.html

La Charte humanitaire



La Charte humanitaire définit le cadre éthique et juridique des principes de protection, des standards essentiels 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, elle 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 tente d'exprimer un consensus parmi les agences humanitaires quant aux principes qui doivent guider les interventions en cas de catastrophe ou de conflit, tout en précisant les rôles et responsabilités des divers acteurs concernés.

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

La Charte 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 présentés ci-après comme 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 de venir en aide aux populations affectées en temps utile, d'assurer leur protection et leur sécurité, et de 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 appuyons 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, du droit international des droits humains 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**
- ▶ **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 humains 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 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 humains qui leur sont dus, dont la liberté 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. Les standards essentiels et les standards minimums du Projet 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 dans des situations de catastrophe ou de conflit armé 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 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 ; l'importance des principes de **proportionnalité** dans l'usage de la force et de **précaution** dans les attaques (l'obligation de s'abstenir d'utiliser des armes qui frappent sans discrimination, ou des armes qui, par leur nature, causent des maux superflus), ainsi que l'importance de l'obligation de permettre de porter secours de manière impartiale. Bien des souffrances évitables infligées aux civils dans les conflits armés 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 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 de subsistance. 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, et 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. Les standards essentiels et les standards minimums du Projet 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 vivre avec dignité et de 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 les standards essentiels et les standards minimums du Projet Sphère en tant que normes reconnues.

12. En adhérant aux standards essentiels et aux standards minimums, nous nous engageons à faire tout ce qui est en notre pouvoir pour 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 les standards essentiels 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.



Les principes de protection



Comment utiliser ce chapitre

L'action humanitaire repose sur deux grands piliers : la protection et l'assistance. Alors que la majeure partie du manuel, en particulier les chapitres techniques, traite du second, le présent chapitre se concentre sur le premier. Partant de la Charte humanitaire, il examine la question de savoir comment les agences humanitaires peuvent contribuer à protéger les personnes menacées par la violence et la coercition. Plus généralement, il porte sur le rôle que peuvent jouer ces agences pour que les droits énoncés dans la Charte, notamment l'accès à l'assistance, soient respectés et concrétisés.

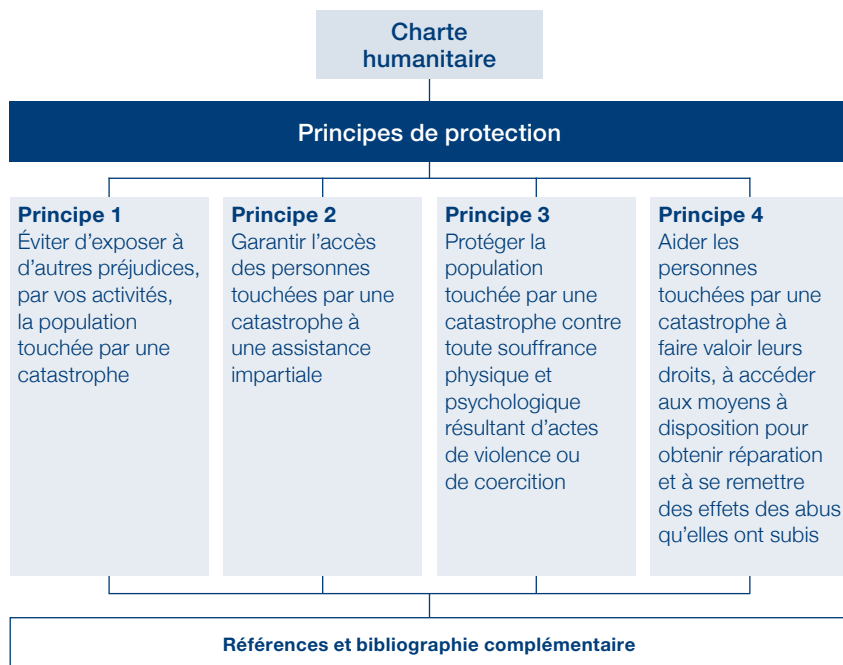
Ce chapitre est divisé en deux sections :

- Une **introduction**, qui décrit en termes généraux les responsabilités de celles et ceux qui participent aux interventions humanitaires, à qui il incombe de contribuer à protéger la population touchée par une catastrophe et à assurer le respect de ses droits ;
- Quatre **principes de protection**, qui sous-tendent toute action humanitaire et couvrent les éléments de base de la protection dans le contexte des interventions humanitaires. Ils sont accompagnés de notes d'orientation, qui traitent plus en détail du rôle des agences humanitaires en matière de protection. Une bibliographie énumère d'autres standards et documents qui concernent des aspects plus spécialisés de la protection.

Table des matières

Introduction	33
Les principes de protection	38
Références et bibliographie complémentaire	50





Introduction

Protection et intervention humanitaire

La protection vise à assurer la sécurité, la dignité et le respect des droits des personnes touchées par une catastrophe. La Charte humanitaire résume quelques-uns des droits les plus fondamentaux associés à l'intervention humanitaire. Le présent chapitre aborde la manière dont ces droits doivent guider la pratique humanitaire du point de vue de la protection et, plus spécifiquement, la manière dont les organisations peuvent éviter d'exposer à de nouvelles souffrances la population touchée par une catastrophe et l'aider à accéder à une plus grande sécurité.

La principale préoccupation en matière de protection humanitaire dans ce contexte est double : droit de vivre à l'abri de toute violence et de toute forme de coercition, et à l'abri de toute privation délibérée des moyens de survivre dans la dignité.

Cette double préoccupation conduit à **quatre principes de protection de base** qui doivent guider toute action humanitaire :

1. **Éviter d'exposer à d'autres préjudices, par vos activités, la population touchée par une catastrophe**
2. **Garantir l'accès des personnes touchées par une catastrophe à une assistance impartiale, proportionnelle à leurs besoins et fournie sans discrimination**
3. **Protéger la population touchée par une catastrophe contre toute souffrance physique et psychologique résultant d'actes de violence ou de coercition**
4. **Aider les personnes touchées par une catastrophe à faire valoir leurs droits, à accéder aux moyens à disposition pour obtenir réparation et à se remettre des effets des abus qu'elles ont subis**

Dans le cadre des interventions humanitaires, ces quatre principes répondent aux menaces les plus graves auxquelles les populations doivent généralement faire face en temps de conflit armé ou de catastrophe. Les notes d'orientation traitent des responsabilités et des options qui en résultent pour les agences, ainsi que des besoins de protection particuliers.

Les quatre principes de protection découlent du résumé des droits présentés dans la Charte humanitaire : le droit de vivre dans la dignité, le droit à l'assistance humanitaire, et le droit à la protection et à la sécurité.



Comprendre les principes

Les paragraphes suivants serviront de guide pour l'interprétation des principes de protection.

Le principe 1 (éviter de porter préjudice) a trait aux préoccupations liées à la protection qui peuvent être causées ou exacerbées par les interventions humanitaires. Comme cela est précisé dans la Charte, toutes les personnes participant à une intervention humanitaire doivent faire tout ce qui est humainement possible pour éviter d'exposer la population touchée par une catastrophe à de nouvelles souffrances, par exemple en installant les personnes déplacées dans des zones dangereuses.

Le principe 2 (garantir l'accès à une assistance impartiale) énonce la responsabilité de faire en sorte que l'assistance humanitaire soit disponible pour celles et ceux qui en ont besoin, en particulier les personnes les plus vulnérables ou celles qui sont en butte à l'exclusion pour des motifs politiques ou autres. Le refus d'accès à l'assistance nécessaire est un grave sujet de préoccupation. Il peut consister, notamment, à refuser d'assurer un accès sans risque aux agences humanitaires qui viennent porter secours.

Le principe 3 (protéger les personnes touchées par une catastrophe contre les actes de violence) concerne la protection contre les actes de violence et les mesures coercitives visant à contraindre ou à persuader des personnes d'agir contre leur gré, par exemple de prendre les armes, d'être déplacées de force ou d'être empêchées de se déplacer, ou de subir des traitements ou des châtiments dégradants. Il traite de la prévention ou de l'atténuation des souffrances physiques et psychologiques causées notamment par la propagation de la peur et la création délibérée d'un climat de terreur ou de panique.

Le principe 4 (aider les personnes touchées par une catastrophe à faire valoir leurs droits, à obtenir réparation et à se remettre des effets d'abus) renvoie au rôle des agences humanitaires consistant à aider les victimes à faire valoir leurs droits et à obtenir réparation, qu'il s'agisse d'une réparation en justice, d'une indemnisation ou de la restitution de biens. Il concerne également l'aide qui peut être apportée pour surmonter les conséquences d'un viol et, plus généralement, pour se remettre quand on a subi des abus, qu'ils soient physiques, psychologiques, sociaux ou économiques.

Accompagnés des notes d'orientation, les quatre principes de protection décrivent ce que les agences humanitaires peuvent et doivent faire pour protéger une population touchée par une catastrophe. Il est important de rappeler que, dans ce contexte, les rôles et responsabilités des agences humanitaires sont

généralement secondaires. Comme la Charte le précise, ces rôles ne sauraient être définis que par rapport aux obligations incombant au premier chef à l'État ou à d'autres autorités compétentes, par exemple les parties à un conflit armé qui contrôlent ou occupent un territoire. Ces autorités sont investies d'une responsabilité juridique formelle d'assurer le bien-être des personnes se trouvant sur leur territoire ou sous leur juridiction et, plus généralement, la sécurité des civils dans les conflits armés.

Essentiellement, ce sont ces autorités qui ont les **moyens** d'assurer la sécurité de la population concernée, en prenant des mesures ou en faisant preuve de modération. Le rôle majeur des agences humanitaires peut être de les encourager et de les persuader d'agir de la sorte, ainsi que d'aider la population à faire face lorsque les autorités faillissent à leurs responsabilités.



Mise en pratique des principes de protection

Pour réaliser les standards énoncés dans ce manuel, toutes les agences humanitaires doivent être guidées par les principes de protection, même si elles n'ont pas spécifiquement un mandat de protection ou ne sont pas spécialisées dans ce domaine. Les principes ne sont pas « absolus » : on sait que les circonstances peuvent limiter la mesure dans laquelle les agences parviennent à les appliquer. En particulier, certains aspects du principe 3 peuvent se situer en dehors des compétences de l'agence. Les principes sont néanmoins le reflet de préoccupations humanitaires universelles qui doivent guider l'action en tout temps.

Un certain nombre d'agences humanitaires se sont vu confier des mandats de protection ou des rôles spécifiques concernant des groupes vulnérables. Plusieurs d'entre elles mènent des activités de protection à titre de programmes ou de projets autonomes, ou dans le cadre d'interventions du « groupe sectoriel Protection » ou du « secteur de la protection » utilisant des ressources affectées à une fin particulière et du personnel spécialisé. En 2011, le Global Protection Cluster (groupe sectoriel mondial sur la protection) prévoit des structures de coordination regroupant les interlocuteurs principaux des divers domaines de préoccupation suivants :

- ▶ protection de l'enfance
- ▶ violence fondée sur le genre
- ▶ habitat, terres et propriété
- ▶ action contre les mines
- ▶ primauté du droit et justice

Cette liste ne reprend que certains des aspects de la protection. Elle n'est pas exhaustive, et il existe bien entendu beaucoup d'autres préoccupations spécifiques en matière de protection. Pour un certain nombre de ces questions ainsi que d'autres thèmes relatifs à la protection, comme la protection des civils et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, ou la protection dans le contexte de catastrophes naturelles, des standards et des directives spécifiques ont été mis au point dans le cadre d'initiatives autres que le Projet Sphère. Leur liste figure dans la section Références et bibliographie complémentaire, à la fin de ce chapitre – lequel est conçu pour les compléter.

Divers types d'activité de protection

Les quatre principes de protection s'appliquent aux activités de protection spécialisées autant qu'à l'action humanitaire en général, bien que les activités puissent différer. Les activités de protection de toutes les agences humanitaires peuvent être classées en gros dans les trois catégories suivantes, qui sont interdépendantes et peuvent être conduites simultanément :

- ▶ **Préventives : empêcher les menaces physiques ou les violations de droits** ou limiter l'exposition ou la vulnérabilité à ces menaces et violations. Cette démarche comprend également les efforts visant à créer un environnement propice au respect des droits des femmes, des hommes, des filles et des garçons de tous âges, conformément au droit international.
- ▶ **Réactives : mettre un terme aux violations observées** en réagissant lorsque des actes de violence et autres violations de droits se produisent.
- ▶ **Correctives : porter remède** aux violations passées ou présentes par des mesures de réparation et de réadaptation, en apportant des soins de santé, un appui psychosocial, une assistance juridique et d'autres services et soutiens, et en aidant la population affectée à en bénéficier et à faire valoir ses droits.

Le travail de sensibilisation, qu'il soit public ou privé, est un élément commun qui relie ces trois types d'activité. Les menaces qui pèsent sur la population touchée par une catastrophe sont le résultat de décisions, d'actes ou de politiques délibérés, et bon nombre des interventions envisageables dans le cadre de la protection consistent à faire changer ces comportements et ces politiques. Le travail de sensibilisation effectué par les agences humanitaires et d'autres, comme les organisations de défense des droits humains, est au cœur de l'effort visant à susciter ce changement. Les agences humanitaires peuvent être partagées entre le désir de « dénoncer » les abus et la nécessité de maintenir une présence opérationnelle ; de la résolution de ce dilemme découlera leur décision de s'exprimer ou non sur un événement particulier et, si oui, de quelle manière.

S'il est décidé d'entreprendre une action de sensibilisation, sa réussite dépendra généralement de l'accès à des preuves fiables, de l'analyse des parties prenantes et d'une analyse approfondie du contexte. Le travail de sensibilisation est donc lié au standard sur l'évaluation, qui fait partie des standards essentiels (voir le standard essentiel 3, page 69). Comme cela apparaît clairement dans les notes d'orientation ci-après, toute utilisation de preuves telles que des dépositions de témoins permettant d'identifier la source de l'information est extrêmement délicate dans la mesure où elle peut mettre quelqu'un en danger : il faut donc procéder avec la plus grande prudence (voir le principe de protection 1, note d'orientation 8, page 40).



Les principes de protection

Principe de protection 1 : éviter d'exposer à d'autres préjudices, par vos activités, la population touchée par une catastrophe

Tous les participants à une intervention humanitaire prennent les mesures nécessaires pour éviter ou réduire au minimum tout effet négatif de leur intervention, en particulier le risque d'exposer les personnes touchées par une catastrophe à des dangers accrus ou à une violation de leurs droits.

Ce principe comprend les éléments suivants :

- ▶ Le type d'assistance humanitaire et l'environnement dans lequel l'assistance est fournie n'exposent pas davantage les gens à des dangers physiques, à des actes de violence ni à d'autres violations de leurs droits.
- ▶ Les efforts déployés pour aider et protéger la population affectée n'affaiblissent pas sa capacité de se protéger elle-même.
- ▶ Les agences humanitaires traitent les informations sensibles d'une manière qui ne mette pas en péril la sécurité des informateurs, ni de personnes que ces informations pourraient permettre d'identifier.

Notes d'orientation

Évaluer le contexte et anticiper les conséquences de l'action humanitaire quant à la sécurité et au bien-être de la population affectée.

1. **Éviter d'être complice** de violations de droits. Il est parfois difficile de juger d'une situation ou de faire un choix, par exemple quand il s'agit de décider de porter assistance ou non à des personnes détenues contre leur volonté dans des camps. L'appréciation de la situation devra se faire au cas par cas, et devra toujours être reconsidérée par la suite à mesure que les circonstances changent.

2. **Aide-mémoire** : lorsqu'on analyse des activités, il faut réfléchir régulièrement aux questions suivantes, dont la liste n'est pas exhaustive et qui peuvent servir d'aide-mémoire à la fois pour l'intervention humanitaire dans son ensemble et pour des actions spécifiques :
 - Quel bénéfice la population affectée retire-t-elle de nos activités ?
 - Quelles conséquences négatives pour la sécurité des personnes pourraient involontairement avoir nos activités et comment pouvons-nous les éviter ou les réduire au minimum ?
 - Nos activités tiennent-elles compte d'éventuelles menaces, en termes de protection, qui pèseraient sur la population affectée ? Peuvent-elles saper les efforts déployés par la population elle-même pour se protéger ?
 - Nos activités sont-elles discriminatoires à l'encontre de tel ou tel groupe de personnes ou peuvent-elles être perçues comme telles ? Protègent-elles les droits de certains groupes de personnes qui, historiquement, ont été marginalisés ou ont fait l'objet de discriminations ?
 - Si l'on protège et soutient les droits de ces groupes, quel impact cela aura-t-il sur les relations au sein de la communauté et au-delà ?
 - Nos activités peuvent-elles exacerber des divisions existantes au sein de la communauté ou entre des communautés voisines ?
 - Nos activités peuvent-elles involontairement renforcer la position de groupes armés ou d'autres acteurs ?
 - Nos activités peuvent-elles être exploitées à des fins criminelles ?
3. **Consulter les différents segments** de la population affectée – ou les organisations qui les représentent – pour évaluer les conséquences positives et, le cas échéant, négatives de l'ensemble de l'intervention et d'activités spécifiques.
4. **La forme sous laquelle l'assistance est fournie** peut rendre les gens plus vulnérables aux attaques. Des biens de consommation de valeur, comme les rations sèches, peuvent par exemple faire l'objet de pillages, exposant ainsi les bénéficiaires à des dangers et à des privations. Si le risque est important, il faut envisager de fournir d'autres formes d'assistance (par exemple, des repas dans des cuisines communautaires ou des centres d'alimentation). Les communautés concernées doivent être consultées sur le type d'assistance qu'elles préfèrent.
5. **L'environnement dans lequel l'assistance est fournie** doit, dans toute la mesure du possible, être sans risque pour les bénéficiaires. Pour avoir accès à l'aide, ceux-ci ne doivent pas être obligés de se rendre dans des zones dangereuses ou de traverser de telles zones. Lorsque des camps ou d'autres types d'établissement humain sont mis en place, il faut faire en sorte qu'ils soient aussi sûrs que possible pour les personnes qui y sont hébergées, et loin de zones subissant des attaques ou exposées à d'autres dangers.



Autoprotection de la population touchée par une catastrophe

6. **Comprendre comment** les personnes touchées par une catastrophe essaient de se protéger elles-mêmes et de protéger leur famille et leur communauté. On soutiendra les initiatives d'entraide communautaires (voir le principe de protection 3, notes d'orientation 13 et 14, page 46). La manière dont les agences humanitaires interviennent ne doit pas compromettre la capacité des personnes concernées à se protéger elles-mêmes et à protéger d'autres personnes, notamment en se déplaçant vers des zones plus sûres et en évitant le contact avec des groupes armés.
7. **Besoins de subsistance** : on aidera les gens à trouver des solutions sans risque pour satisfaire leurs besoins de subsistance. Il peut s'agir, par exemple, de la fourniture de biens de consommation comme l'eau, le bois à brûler ou un autre combustible pour la cuisine, qui les aideront à satisfaire leurs besoins quotidiens sans avoir à entreprendre des déplacements pénibles et dangereux. Il est vraisemblable que le problème se posera particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées, les femmes, les enfants et les personnes handicapées.

Gestion des informations sensibles

8. **Les données relatives à la protection** peuvent être sensibles. Les agences humanitaires doivent mettre en place des politiques et des procédures claires qui guideront leur personnel sur l'attitude à avoir s'il a connaissance, ou est témoin, de violations, et sur le caractère confidentiel des informations s'y rapportant. Il faut apprendre aux membres du personnel comment signaler correctement les incidents dont ils seraient témoins ou les allégations de violations dont ils auraient connaissance.
9. **Transmission des informations sensibles** : on prévoira de transmettre les informations concernant les violations aux acteurs compétents, c'est-à-dire ayant le mandat de protection pertinent. Ces acteurs peuvent se trouver dans des régions différentes de celle où l'information a été recueillie.
10. Il faut établir **une politique sur la transmission des informations sensibles** qui traitera, entre autres, de la notification des incidents et de l'analyse des tendances. Elle devra préciser comment gérer les informations sensibles et dans quelles circonstances des informations peuvent être transmises. Dans la mesure du possible, les agences devront s'assurer que les personnes concernées consentent à ce que ces informations soient utilisées. Toute transmission d'informations doit se faire de façon à ne pas mettre en danger la source desdites informations ni la ou les personnes dont il est fait mention.
11. Les **informations sur des violences et des violations de droits particulières** ne doivent être recueillies que si l'utilisation que l'on veut en faire est claire, et si le niveau de détail requis est défini par rapport à l'utilisation prévue. Les informations de ce type doivent être recueillies par les agences

qui ont un mandat de protection, ou qui ont les capacités et les compétences requises et disposent des systèmes et des protocoles nécessaires. Le recueil de ces informations est subordonné au consentement éclairé de la personne concernée et, dans tous les cas, il est impératif d'obtenir son consentement pour communiquer lesdites informations à des tiers.

12. Il faut évaluer **les réactions possibles du gouvernement** ou des autres autorités compétentes à l'égard de la collecte et de l'utilisation d'informations sur les violences. Il sera peut-être nécessaire de mettre en balance la nécessité de poursuivre les opérations et celle d'utiliser ces informations. Les différentes agences humanitaires feront peut-être des choix différents à cet égard.

Principe de protection 2 : garantir l'accès des personnes touchées par une catastrophe à une assistance impartiale, proportionnelle à leurs besoins et fournie sans discrimination

Les personnes touchées par une catastrophe ont accès à l'assistance humanitaire en fonction de leurs besoins et sans discrimination. L'assistance n'est pas refusée à celles qui en ont besoin, et les agences humanitaires se voient accorder l'accès nécessaire pour réaliser les standards Sphère.



Ce principe comprend les éléments suivants :

- ▶ Veiller à ce que tous les segments de la population affectée aient accès à l'assistance humanitaire.
- ▶ Toujours s'élever contre le fait que des segments de la population soient délibérément privés de moyens de subsistance, en se fondant sur les dispositions juridiques pertinentes et sur les principes humanitaires généraux, tels qu'ils sont décrits dans la Charte humanitaire.
- ▶ Les personnes touchées par une catastrophe doivent recevoir l'aide en fonction de leurs besoins et ne doivent faire l'objet de discriminations d'aucune sorte.

Notes d'orientation

Garantir l'accès

1. **Lorsque la population affectée ne peut pas satisfaire ses besoins essentiels** et que les autorités compétentes ne sont pas elles-mêmes en mesure de lui fournir l'assistance nécessaire, lesdites autorités ne doivent pas empêcher les organisations humanitaires impartiales de le faire en leur refusant l'accès à cette population. Un tel refus d'accès serait une violation du droit international, en particulier dans des situations de conflit armé.

2. **Surveiller l'accès** : surveiller attentivement l'accès de la population affectée – surtout des personnes les plus vulnérables – à l'assistance humanitaire.
3. **L'accès à l'assistance humanitaire et la liberté de mouvement** sont étroitement liés (voir le principe de protection 3, notes d'orientation 7 à 9, page 45). La surveillance de l'accès doit être attentive à des obstacles tels que les postes de contrôle, les blocus ou la présence de mines terrestres. Dans les situations de conflit armé, les parties au conflit installent parfois des postes de contrôle, mais il ne faut pas que ceux-ci désavantagent certaines catégories de personnes ni entravent indûment l'accès à l'assistance humanitaire. Des mesures spéciales doivent être prises pour garantir l'égalité d'accès aux personnes qui se trouvent dans des régions isolées ou difficilement accessibles.
4. **Des mesures spéciales doivent être prises pour faciliter l'accès à l'assistance dans le cas de groupes vulnérables**, tout en tenant compte des circonstances, du contexte social et culturel et des comportements des communautés. Parmi ces mesures, on peut envisager de construire des espaces sécurisés pour les personnes ayant subi des abus tels que le viol ou la traite de personnes, ou de mettre en place des moyens qui faciliteront l'accès des personnes handicapées. Toutes ces mesures doivent éviter de stigmatiser ces groupes (voir le standard essentiel 3, notes d'orientation 5 et 6, pages 72 et 73).

Comment traiter le refus d'assistance ou d'accès aux moyens de subsistance

5. **Le droit à une assistance humanitaire** : comme l'explique de façon détaillée la Charte humanitaire, la population affectée a le droit de recevoir une assistance humanitaire. Ce droit découle d'un certain nombre de normes et de règles juridiques qui font partie du droit international. Plus précisément, le droit international humanitaire contient plusieurs dispositions pertinentes relatives à l'accès à l'assistance et à la « protection des biens indispensables à la survie de la population civile » (Protocoles I et II de 1977 additionnels aux Conventions de Genève de 1949). Les agences humanitaires sont invitées à encourager le respect des lois pertinentes (voir aussi le principe de protection 3, notes d'orientation 3 et 4, page 44).

Garantir la non-discrimination

6. **Impartialité** : les agences humanitaires doivent définir quelles personnes elles souhaitent aider en priorité en se fondant uniquement sur les besoins de celles-ci, et fournir l'assistance proportionnellement à ces besoins. Il s'agit là du principe d'impartialité énoncé 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 (voir l'annexe 2, page 419, et la Charte humanitaire, page 21). Les agences humanitaires ne doivent pas concentrer leur action exclusivement sur un groupe particulier de personnes (comme les personnes déplacées dans les camps) si cette attitude porte préjudice à un autre segment de la population affectée.

7. ***Il n'est pas nécessaire que les victimes aient un statut juridique spécial*** pour recevoir l'assistance humanitaire et bénéficier d'une protection.

Principe de protection 3 : protéger la population touchée par une catastrophe contre toute souffrance physique et psychologique résultant d'actes de violence ou de coercition

Les personnes touchées par une catastrophe sont protégées des actes de violence, des pressions ou de la contrainte qui pourraient être exercés sur elles pour qu'elles agissent contre leur gré, ainsi que de la crainte de tels abus.



Ce principe comprend les éléments suivants :

- ▶ Prendre toutes les dispositions raisonnables pour que les personnes concernées ne fassent pas l'objet d'attaques violentes, soit en agissant sur la source du danger, soit en aidant ces personnes à éviter le danger.
- ▶ Prendre toutes les dispositions raisonnables pour que les personnes concernées ne soient pas exposées à des actes de coercition, c'est-à-dire forcées ou persuadées d'agir contre leur gré d'une manière qui leur porte préjudice ou constitue une violation de leurs droits (la liberté de mouvement, par exemple).
- ▶ Soutenir les efforts faits par la population affectée elle-même pour se protéger, être en sécurité et retrouver sa dignité, notamment par des mécanismes d'entraide communautaires.

Notes d'orientation

Protection contre les actes de violence et de coercition

1. ***La responsabilité de protéger les personnes*** contre les menaces pour leur vie et leur sécurité incombe au premier chef au gouvernement et aux autres autorités compétentes (voir la Charte humanitaire, page 21). Lors de conflits armés, les parties au conflit ont l'obligation de protéger la population civile et les personnes qui ont déposé les armes. Lorsqu'elles analysent

la situation en termes de risques et de menaces pour la population, les agences humanitaires doivent déterminer qui a la responsabilité en droit et/ou la capacité réelle d'assurer cette protection.

2. **Contribuer à réduire au minimum d'autres menaces** : il s'agit de porter assistance de telle façon que la population affectée soit plus en sécurité, de soutenir les efforts qu'elle fait pour assurer sa propre sécurité ou de prendre des mesures (travail de sensibilisation ou autre) pour réduire les risques auxquels elle est exposée.
3. **Suivi et rapports** : les agences humanitaires doivent assumer leur responsabilité en matière de suivi et de rapports sur les violations graves des droits des personnes touchées par une catastrophe. Elles doivent aussi défendre les droits de ces personnes auprès des autorités compétentes et des acteurs concernés en leur rappelant leurs obligations. Elles peuvent utiliser pour cela différents modes d'action, par exemple les démarches diplomatiques, le lobbying et la sensibilisation du public, tout en gardant à l'esprit les recommandations sur la gestion des informations sensibles (voir le principe de protection 1, page 38).
4. **Lors de conflits armés**, les agences humanitaires doivent prévoir de suivre la situation des institutions qui sont spécialement protégées par le droit international humanitaire, comme les écoles et les hôpitaux, et de faire rapport sur toute attaque lancée contre ces institutions. Elles doivent aussi faire ce qui est en leur pouvoir pour réduire les risques et les menaces d'enlèvement ou d'enrôlement forcé qui peuvent se manifester dans ces institutions.
5. **Lorsque des explosifs constituent une menace pour la population affectée**, les agences humanitaires doivent coordonner leurs efforts avec les autorités gouvernementales compétentes et des agences spécialisées pour l'enlèvement des mines et des munitions non explosées. Cette menace peut se manifester particulièrement lorsqu'une population retourne chez elle après un conflit armé.
6. **Les acteurs politiques, les services chargés de l'application des lois et les forces armées** jouent un rôle important dans la protection des personnes contre les abus et les violations. C'est en définitive sur le terrain politique que des solutions peuvent être trouvées aux problèmes sous-jacents qui sont souvent au cœur des préoccupations relatives à la protection. Les services chargés de la sécurité et de l'application des lois, comme la police ou les forces armées, y compris les forces de maintien de la paix, peuvent et doivent jouer un rôle important s'agissant d'assurer la sécurité physique des personnes menacées. Les agences peuvent attirer l'attention des acteurs compétents sur des violations continues. De telles interventions auprès de contingents militaires et de leur commandement, ou auprès des

autorités sous le contrôle desquelles ces forces opèrent, peuvent constituer une étape essentielle de l'action menée pour mettre un terme aux violations perpétrées par les forces armées.

Liberté de mouvement

7. **Les personnes touchées par une catastrophe ne doivent pas être forcées de rester**, ni de se rendre, dans un lieu qu'elles n'ont pas choisi (comme un camp), et on ne doit imposer aucune autre restriction déraisonnable à leurs déplacements. Les restrictions à la liberté de mouvement et au choix du lieu de résidence ne peuvent être envisagées que s'il existe des raisons sérieuses en matière de sécurité ou de santé ; de telles restrictions doivent être proportionnées au but visé. En tout temps, les personnes touchées par une catastrophe ont le droit de demander l'asile.
8. **Évacuations** : les agences humanitaires ne doivent participer à des évacuations qu'à titre exceptionnel, dans des circonstances extrêmes où il n'y a pas d'autre moyen d'apporter une aide ou une protection d'urgence face à de graves menaces pour la vie, la sécurité et la santé.
9. Il ne faut pas **inciter la population affectée à rester dans un endroit dangereux**, ni l'encourager à retourner ou à se réinstaller dans son lieu d'origine, si elle n'a pas pleinement accès à toutes les informations relatives à la situation qui prévaut dans ces régions.

Vulnérabilité particulière aux actes de violence et de coercition

10. **Personnes vulnérables** : il faut étudier les facteurs individuels, sociaux et contextuels qui permettront d'identifier les personnes les plus exposées à certains risques et à certaines menaces. Des mesures spéciales peuvent s'avérer nécessaires en faveur des personnes exposées à des risques particuliers, comme les femmes, les enfants, les personnes déplacées de force, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes appartenant à des minorités religieuses ou ethniques.
11. **Un environnement sûr pour les enfants** : les agences doivent faire en sorte que les enfants aient accès à des lieux sûrs. On apportera un soutien aux familles et aux communautés dans leurs efforts pour assurer la sécurité des enfants.
12. **Les enfants, surtout s'ils sont séparés de leur famille** ou s'ils ne sont pas accompagnés d'un adulte, risquent d'être plus facilement soumis à des abus ou à de l'exploitation lors de catastrophes. Les agences doivent prendre toutes les mesures raisonnables pour empêcher que les enfants ne soient enrôlés dans les forces armées et, s'ils sont associés à ces forces, pour obtenir leur démobilisation immédiate et leur réinsertion sociale.



- 13. Les femmes et les filles sont particulièrement exposées à des risques** de violence fondée sur le genre. Lorsqu'elles contribuent à la protection de ces groupes, les agences humanitaires doivent envisager en particulier des mesures visant à réduire des risques potentiels tels que la traite de personnes, la prostitution forcée, le viol ou les violences domestiques. Elles doivent aussi appliquer les standards et mettre en œuvre les instruments qui permettront de prévenir et d'éradiquer la pratique de l'exploitation et des abus sexuels. Ces pratiques inacceptables peuvent viser des personnes présentant une vulnérabilité particulière, comme les femmes isolées ou handicapées qui sont contraintes à des actes sexuels en échange de l'assistance humanitaire.

Soutien social et entraide à base communautaire

- 14.** On favorisera **les mécanismes familiaux et communautaires de protection et de soutien psychosocial** en gardant les familles groupées, en apprenant aux adultes comment empêcher les enfants de se retrouver séparés de leur famille, en promouvant des soins appropriés pour les enfants séparés et en organisant la recherche de personnes et le regroupement familial, tant pour les enfants séparés que pour les autres membres des familles. Quand c'est possible, il est préférable de laisser les familles groupées et de faire en sorte que les personnes provenant du même village ou appartenant au même réseau d'entraide puissent vivre dans la même zone.
- 15. Soutien aux activités d'entraide communautaires :** sont concernés notamment les groupes de femmes qui s'occupent des problèmes de violence fondée sur le genre, les groupes de jeunes qui participent aux activités de soutien aux moyens de subsistance, les groupes de soutien parental qui encouragent les interactions positives avec les enfants et aident les parents de jeunes enfants ou d'enfants ayant des besoins particuliers, les groupes de jeunes qui diffusent des informations de mise en garde contre des dangers tels que celui des mines terrestres, et les groupes communautaires qui tendent la main aux femmes et aux hommes ayant perdu leur partenaire, aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Principe de protection 4 : aider les personnes touchées par une catastrophe à faire valoir leurs droits, à accéder aux moyens à disposition pour obtenir réparation et à se remettre des effets des abus qu'elles ont subis

On aide les personnes touchées par une catastrophe à faire valoir leurs droits en leur fournissant informations, documents et assistance pour obtenir réparation. Un soutien approprié leur est apporté pour leur permettre de se remettre des effets physiques, psychologiques et sociaux des actes de violence et autres mauvais traitements qu'elles ont subis.

Ce principe comprend les éléments suivants :

- ▶ Aider les personnes touchées par une catastrophe à faire valoir leurs droits et à obtenir réparation auprès du gouvernement ou d'autres sources, et leur donner les informations nécessaires sur les prestations et autres indemnités auxquelles elles peuvent prétendre.
- ▶ Aider ces personnes à se procurer les documents dont elles ont besoin pour attester leurs droits.
- ▶ Aider ces personnes à reprendre pied en leur apportant un soutien communautaire et psychosocial.

Notes d'orientation

Aider les personnes touchées par une catastrophe à faire valoir leurs droits

1. **Le gouvernement et les autres autorités compétentes ont la responsabilité** de faire en sorte que les droits de la population touchée par une catastrophe soient respectés et appliqués. Les agences humanitaires doivent prévoir d'aider les gens à faire valoir leurs droits, que ce soit en faisant appel au système juridique ou par d'autres voies.
2. **Droits** : les agences humanitaires doivent donner aux victimes les informations nécessaires sur les droits qu'elles peuvent faire valoir tant dans le cadre d'un programme d'aide qu'au titre des lois et règlements du pays concerné. Il convient d'accorder une attention particulière à la justification ou au rétablissement du droit de ces personnes au logement, à la terre et à la propriété.
3. **Information et consultation** : la population affectée doit recevoir l'information de la part des autorités et des agences humanitaires dans une langue et d'une manière qu'elle peut comprendre. Elle doit pouvoir participer utilement aux consultations sur les décisions qui ont des incidences sur sa vie, sans que cela l'expose à des risques supplémentaires (voir le standard essentiel 1, page 62). C'est là une manière de les aider à faire valoir leurs droits.



Documents

4. ***Se procurer les documents ou les remplacer s'ils sont perdus*** : les agences humanitaires doivent aider les personnes touchées par une catastrophe à se procurer les documents nécessaires – ou à remplacer les documents perdus – pour faire valoir leurs droits. D'une manière générale, ces personnes ont des droits, qu'elles soient ou non en possession de certains documents. Mais si elles veulent faire valoir l'ensemble de ceux auxquels elles peuvent prétendre, certains documents ou pièces d'identité sont habituellement nécessaires : certificat de naissance, certificat de mariage, passeport ou titre de propriété. Les actes de propriété sont souvent particulièrement importants à la suite d'une catastrophe mais, dans plusieurs pays, la propriété ne fait pas nécessairement l'objet d'actes juridiques et peut devenir un sérieux sujet de dissension. Il faut prévoir des certificats de décès pour éviter aux familles d'avoir à faire face à des problèmes financiers et juridiques inutiles. Il n'y a généralement pas de certificat de décès quand les dépouilles ont été enterrées sans cérémonie, pratique qui est à éviter.
5. ***Les documents légaux*** reconnus par le gouvernement ou par les autorités compétentes ne doivent pas être confondus avec les documents fournis par les agences humanitaires, comme les certificats d'enregistrement, les cartes de rationnement et les bons de transport. Les documents officiels émis par les autorités ne doivent en aucune manière servir à déterminer quelles personnes ont droit à une assistance de la part des agences humanitaires.

Accès aux réparations

6. ***Toute personne a le droit de demander réparation, par voie de justice ou autre***, auprès du gouvernement ou des autorités compétentes, pour les violations de ses droits qu'elle a subies. Il peut s'agir par exemple d'une indemnisation pour la perte d'un bien ou de la restitution de ce bien. Elle est aussi en droit d'attendre que les auteurs de ces violations soient traduits en justice. Cette action peut jouer un rôle majeur pour que la confiance règne à nouveau au sein de la population concernée. Les agences humanitaires peuvent éventuellement aider les personnes concernées à aller en justice ou transmettre leur dossier à d'autres agences en mesure de les aider.
7. ***Soins de santé et réadaptation*** : il faut aider les personnes touchées par une catastrophe à accéder à des soins de santé appropriés et à d'autres formes de soutien à la réadaptation lorsqu'elles ont subi des attaques ou des actes de violence fondés sur le genre, avec les problèmes qui en découlent (voir le standard 3 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, page 363, et les standards 1 et 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile, pages 368 et 370).

8. **Quand une assistance réparatrice est fournie** par des sources non gouvernementales, on aidera la population affectée à la trouver et à y avoir accès, le cas échéant.

Soutien psychosocial, notamment à base communautaire

9. Il faut soutenir **les mécanismes positifs d'adaptation que les communautés mettent en place**, comme l'organisation de funérailles ainsi que de cérémonies et de pratiques religieuses conformes à leur culture, et l'exercice d'autres pratiques culturelles et sociales sans danger.
10. **Activités pour les enfants** : quand les circonstances s'y prêtent, il faut encourager les communautés à organiser des activités structurées, éducatives et protectrices pour les enfants, en utilisant des moyens non formels comme des espaces conçus pour eux. Il est bon que les mécanismes de protection communautaires incluent des activités d'entraide qui favorisent le bien-être psychosocial.
11. **Aider à organiser un soutien psychosocial approprié** pour les personnes qui survivent à des actes de violence. Veiller à ce qu'elles aient accès aux réseaux sociaux et activités d'entraide communautaires. L'accès au système de soutien social à base communautaire doit être complété par un accès à des soins de santé mentale.
12. **Système de soutien intégré** : les agences travaillant dans le domaine du soutien psychosocial et de la santé mentale dans divers secteurs doivent collaborer à l'instauration d'un système intégré de soutien à la population (voir le standard 1 sur les services de santé essentiels – santé mentale, page 383).
13. **Soutien clinique** : il faut établir des mécanismes pour orienter les personnes gravement atteintes vers les services de soutien clinique disponibles.



Références et bibliographie complémentaire

Protection générale : contexte et outils

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version, 2008.

www.icva.ch/doc00002448.pdf

Gioffi Caverzasio S., Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC), Geneva, 2001.

Inter-Agency Standing Committee (IASC), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field, Geneva, 2002. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC, Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters, 2010.

International Committee of the Red Cross (ICRC), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence, Geneva, 2008.

www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

ICRC, Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence, Geneva, 2009. [www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/p0999/\\$File/ICRC_001_0999.PDF](http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/p0999/$File/ICRC_001_0999.PDF)

O'Callaghan S. and Pantuliano S., Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Policy Brief 29. Overseas Development Institute (ODI), London, 2007.

Slim H. and Bonwick A., Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI, London, 2005. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians, New York, 2009.

www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

Standards spécifiques sur la protection

Enfants

Comité international de la Croix-Rouge (CICR), International Rescue Committee, Save the Children, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et World Vision International, Principes directeurs inter-agences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille, Genève, 2004. www.icrc.org/web/fre/sitefre0.nsf/html/p1101

UNICEF, Les engagements de Paris en vue de protéger les enfants contre une utilisation ou un recrutement illégaux par des groupes ou des forces armées, Paris, 2007. www.un.org/children/conflict/french/parisprinciples.html

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards, New York, 2006. www.unddr.org/iddrs/05/20.php and www.unddr.org/iddrs/05/30.php



Handicaps

Handicap International, Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries, 2006.

Handicap International, Toolkit on Protection of Persons with Disabilities, 2008.

Violence fondée sur le genre

Comité permanent interorganisations (CPI-IASC), Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire. Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence, Genève, 2005

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 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, Genève, 2007.

whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242595680_fre.pdf

Droits relatifs à l'habitat, aux terres et à la propriété

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme

(UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO), Nairobi, 2010. www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility, Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery, 2009. [www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/\\$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf)

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. 2005/21. Restitution des logements et des biens dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. "Principes Pinheiro". ap.ohchr.org/documents/F/SUBCOM/resolutions/E-CN_4-SUB_2-RES-2005-21.doc

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), Observatoire des situations de déplacement interne (IDMC), Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies, UN-Habitat et HCR, Manuel sur la restitution des logements et des biens des réfugiés et personnes déplacées. Pour la mise en œuvre des "Principes Pinheiro", Genève, 2007 www.ohchr.org/Documents/Publications/pinheiro_principles_fr.pdf

Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

Bagshaw S. and Paul D., Protect or Neglect? Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, Washington DC, 2004. www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility, Washington DC, 2005. www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx

CPI-IASC, 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, 2004. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10

CPI-IASC, Cadre conceptuel sur les solutions durables pour les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, 2010. daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/100/50/PDF/G1010050.pdf?OpenElement

Global Protection Cluster, Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons, 2010. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

Nations Unies, Conseil économique et social, Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays. E/CN.4/1998/53/Add.2, 1998. www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/11bba4787c3f0a73c125661e00379977?Opendocument

Santé mentale et soutien psychosocial

CPI-IASC, Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, 2007. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=22

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know, 2010. www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

Action contre les mines

Normes internationales de l'action contre les mines (NILAM). www.mineactionstandards.org/international-standards/imas-in-french/a-propos-de-nilam/

Personnes âgées

CPI-IASC, Action humanitaire et Personnes âgées. Informations indispensables pour les acteurs humanitaires. OMS–HelpAge International, 2008. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24



Les standards essentiels



Comment utiliser ce chapitre

Les standards essentiels sont des standards fondamentaux relatifs aux processus, et sont communs à tous les secteurs. Ils constituent un point de référence unique pour les modes d'action qui sous-tendent tous les autres standards du manuel. On ne peut donc atteindre les standards spécifiques de chaque chapitre technique sans appliquer en parallèle ces standards essentiels.

Il y a six standards essentiels :

Intervention humanitaire centrée sur les personnes

Coordination et collaboration

Évaluation

Conception et intervention proprement dite

Performance, transparence et apprentissage

Performance des travailleurs humanitaires

Chaque standard essentiel est structuré de la manière suivante :

- **Le standard essentiel** : il est de nature qualitative et précise le niveau à atteindre lors d'une intervention humanitaire.
- **Les actions clés** : ce sont les activités suggérées et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre le standard.
- **Les indicateurs clés** : ce sont des « signaux » qui indiquent si oui ou non le standard a été atteint. Ils sont un moyen de mesurer et de communiquer les processus et les résultats des actions clés. Ils se rapportent au standard, et non à l'action clé elle-même.
- **Les notes d'orientation** : elles portent sur des points particuliers à prendre en compte lors de l'application des standards minimums, des actions clés et des indicateurs clés dans différentes situations. Elles donnent des orientations pour résoudre les difficultés pratiques, ainsi que des points de repère et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux standards, aux actions ou aux indicateurs, et exposer les dilemmes, controverses ou lacunes subsistant dans l'état actuel des connaissances.

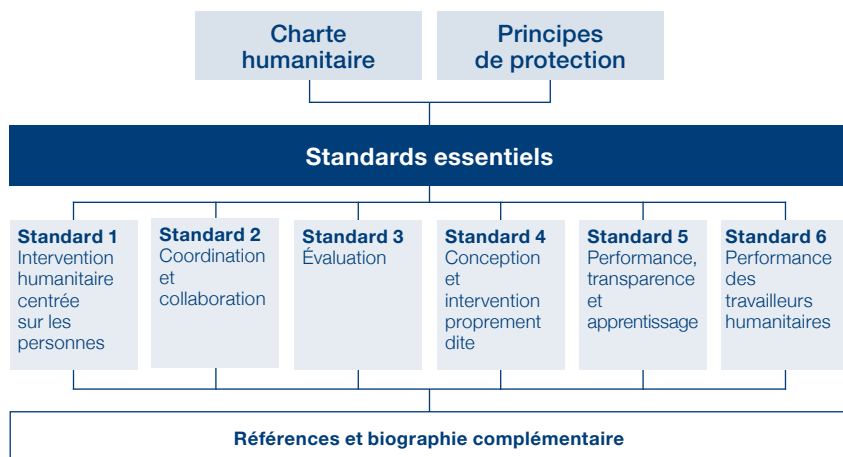
Les indicateurs clés des standards essentiels permettent une grande souplesse quant à l'application qui peut en être faite et au contexte où ils s'appliquent. Le contexte et la spécificité de chaque secteur déterminent très largement les caractéristiques mesurables pour chaque indicateur et la période où il est utilisé. Les utilisateurs doivent par conséquent adapter les indicateurs clés à leur situation particulière, s'il y a lieu.

Une liste de références choisies et une bibliographie complémentaire figurent à la fin du présent chapitre.

Table des matières

Introduction	59
Les standards essentiels	62
Références et bibliographie complémentaire	86





Introduction

Les standards essentiels décrivent les processus fondamentaux permettant de réaliser tous les standards minimums du Projet Sphère. Ils sont une expression concrète des principes contenus dans la Charte humanitaire et un élément décisif du droit des personnes touchées par un conflit armé ou une catastrophe à bénéficier d'une assistance qui leur permette de vivre dans la dignité. Les standards essentiels fixent le niveau minimum (signalé par les indicateurs clés) que doivent atteindre les interventions des agences humanitaires, qu'elles soient menées aux niveaux communautaire, local, national ou international.

Les standards essentiels sont aussi liés à d'autres initiatives importantes relatives à l'obligation de rendre des comptes (redevabilité), promouvant la cohérence et renforçant un engagement commun dans ce domaine. La Norme HAP 2010 de redevabilité humanitaire et de gestion de la qualité et les standards essentiels sont à cet égard complémentaires. Le standard relatif à la performance des travailleurs humanitaires est aligné sur le Code de bonne pratique de People in Aid. Les standards essentiels 1 et 5, en particulier, sont inspirés du *Guide suffisamment bon* de l'Emergency Capacity Building Project (ECB), de la méthode COMPAS Qualité du groupe URD (Urgence – Réhabilitation – Développement) et des travaux du Réseau d'apprentissage actif pour la redevabilité et la performance dans l'action humanitaire (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action, ALNAP). Les standards essentiels complètent les normes fondamentales figurant dans les Normes minimales pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement, publiées par le Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (Inter-Agency Network for Education in Emergencies, INEE).

L'importance des standards essentiels pour tous les secteurs

Le standard essentiel 1 reconnaît que la participation des personnes touchées par une catastrophe – femmes, hommes, filles et garçons de tous âges – ainsi que les capacités et les stratégies qu'elles développent pour survivre dans la dignité font partie intégrante de l'intervention humanitaire. Le standard essentiel 2 souligne combien il est nécessaire qu'une intervention, pour être efficace, soit



coordonnée et mise en œuvre avec d'autres agences et les autorités gouvernementales engagées dans une action humanitaire impartiale.

Le standard essentiel 3 décrit la nécessité d'effectuer des évaluations systématiques pour comprendre la nature de la catastrophe, identifier les personnes qui ont été touchées et comment elles l'ont été, et évaluer leurs vulnérabilités et leurs capacités. Il confirme l'importance primordiale de cerner les besoins par rapport au contexte politique, social, économique et environnemental, et par rapport à la population au sens large. Pour réaliser le standard essentiel 4, les agences humanitaires conçoivent leurs interventions à partir d'une évaluation impartiale des besoins, et s'emploient à répondre à ceux qui ne sont pas satisfaits en tenant compte du contexte et de la capacité des personnes touchées par la catastrophe et des États à couvrir leurs propres besoins.

Le standard essentiel 5 est réalisé si les agences humanitaires vérifient en permanence l'efficacité, la qualité et le caractère approprié de leurs interventions. Elles adaptent leurs stratégies en fonction des informations de suivi et des réactions des personnes touchées par la catastrophe, et communiquent les informations relatives à leur performance. Elles investissent dans des études et des évaluations objectives et tiennent compte des constatations formulées pour améliorer leur politique générale et leurs pratiques.

Le standard essentiel 6 insiste sur le fait que les agences humanitaires ont, envers les personnes touchées par une catastrophe, l'obligation d'employer des travailleurs humanitaires ayant les connaissances, les compétences, le comportement et les attitudes voulus pour assurer l'efficacité des interventions humanitaires. De même, elles ont la responsabilité de permettre aux travailleurs humanitaires d'avoir un niveau de performance satisfaisant en les gérant bien et en leur apportant le soutien dont ils ont besoin pour leur bien-être émotionnel et physique.

Vulnérabilité

Le Projet Sphère vise avant tout à assurer dans l'urgence la survie des personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé. Cela dit, les standards essentiels peuvent aussi contribuer à la préparation aux catastrophes, ainsi qu'à des modes d'action qui réduisent les risques futurs et la vulnérabilité, renforcent les capacités et favorisent un relèvement rapide, en tenant compte de l'impact des interventions sur l'environnement naturel et sur le contexte d'ensemble, et en étant véritablement axés sur les besoins de la population d'accueil et de la population au sens large.

Tout au long du présent manuel, le qualificatif « vulnérable » se rapporte aux personnes qui sont particulièrement susceptibles d'être atteintes par les effets des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, ou des conflits armés. Les gens sont, ou deviennent, plus vulnérables aux catastrophes en raison d'une combinaison de facteurs physiques, sociaux, environnementaux et politiques. Ils peuvent être marginalisés dans leur milieu social en raison de leur origine ethnique, de leur âge, de leur sexe, de handicaps, de leur appartenance à une classe ou à une caste, de leurs attaches politiques ou de leur religion. Une combinaison de ces facteurs de vulnérabilité et les effets d'un contexte souvent instable font qu'ils sont vulnérables pour différentes raisons et de différentes manières. Les personnes vulnérables, comme toutes celles qui sont touchées par une catastrophe, sont dotées de diverses capacités pour gérer l'événement et s'en remettre. Si l'on veut que les interventions répondent aux attentes des personnes qui en ont le plus besoin, il est indispensable de bien percevoir les capacités des personnes vulnérables et les obstacles qu'elles peuvent rencontrer pour accéder à l'aide humanitaire.



Les standards essentiels

Standard essentiel 1 : intervention humanitaire centrée sur les personnes

La capacité et les stratégies que développe une population pour survivre dans la dignité font partie intégrante de la conception et des méthodes de l'intervention humanitaire.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Soutenir les capacités locales en repérant dès que possible les groupes communautaires et les réseaux sociaux, et s'appuyer sur les initiatives à base communautaire, notamment d'entraide (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Mettre en place des mécanismes systématiques et transparents qui permettront aux personnes touchées par une catastrophe ou un conflit armé de donner régulièrement leur avis et d'influer sur les programmes (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Veiller à ce que les personnes vulnérables soient équitablement représentées lors des discussions avec la population affectée (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Donner des informations à la population affectée, sous une forme et dans une langue compréhensibles, sur l'agence humanitaire et son ou ses projets, et sur l'aide à laquelle chaque personne a droit (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Donner dès que possible accès à des lieux communautaires de réunion et d'échange d'informations qui soient à la fois appropriés et sans risque (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Permettre aux personnes de faire part de leurs doléances sur le programme facilement et en toute sécurité, et mettre en place sans délai des procédures transparentes pour y répondre et y remédier (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Dans toute la mesure du possible, utiliser la main-d'œuvre locale et des matériaux écologiquement durables, et organiser des activités commerciales socialement responsables qui profiteront à l'économie locale et favoriseront le relèvement.

- ▶ Lors de la conception des projets, tenir compte, autant que possible, des pratiques culturelles, spirituelles et traditionnelles salutaires considérées comme importantes par la population locale, et les respecter (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Accroître progressivement le pouvoir décisionnel de la population touchée par la catastrophe et favoriser son appropriation des programmes tout au long de l'intervention.

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les stratégies du projet sont clairement liées aux capacités et aux initiatives à base communautaire.
- ▶ Les personnes touchées par la catastrophe tiennent régulièrement des réunions sur la manière d'organiser et de mettre en œuvre l'intervention, ou y participent activement (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Le nombre d'initiatives d'entraide prises par la communauté touchée par la catastrophe et par les autorités locales augmente pendant la durée de l'intervention (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Les agences ont mené une enquête et, le cas échéant, pris des mesures suite aux doléances qui ont été reçues à propos de l'aide apportée.

Notes d'orientation

1. **Capacités locales** : les personnes touchées par une catastrophe possèdent et acquièrent un savoir-faire, des connaissances et des aptitudes leur permettant de l'affronter, d'y répondre et de s'en relever. Leur participation active à l'intervention humanitaire est un fondement essentiel du droit des personnes à vivre dans la dignité affirmé par les principes 6 et 7 du 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 (voir l'annexe 2, page 419). L'entraide et les initiatives locales contribuent au bien-être psychologique et social des personnes affectées par une catastrophe en leur permettant de retrouver leur dignité et une certaine maîtrise de la situation. L'accès à un soutien social, financier, culturel et émotionnel par le biais de la famille élargie, des réseaux et des rites religieux, des amis, des écoles et des activités communautaires aide à restaurer le respect de soi-même et l'identité des individus et des communautés, réduit la vulnérabilité et renforce la résilience. La population locale doit être aidée à identifier et, s'il y a lieu, à réactiver ou à créer des réseaux de soutien et des groupes d'entraide.



Le degré de participation de la population et la manière dont elle le fera dépendront du temps qui se sera écoulé depuis la catastrophe et des circonstances physiques, sociales et politiques. Les indicateurs de participation doivent par conséquent être choisis en fonction du contexte et représenter toutes les personnes concernées. La population locale est généralement la première à réagir à une catastrophe, et une forme ou l'autre de participation est toujours possible, même au début d'une intervention. Un véritable effort d'écoute et de consultation, et l'implication de la population dès les premiers moments augmenteront la qualité et la gestion communautaire des phases ultérieures du programme.

2. **Les mécanismes de retour d'information** donnent aux personnes touchées par une catastrophe un moyen d'influer sur la planification et la mise en œuvre du programme (voir le critère de référence de la Norme HAP relatif à la participation). Il peut s'agir de groupes de discussion, d'enquêtes, d'entretiens et de réunions sur les « enseignements tirés » avec un échantillon représentatif de toute la population concernée (voir *Le Guide suffisamment bon* du projet ECB pour les outils, et les notes d'orientation 3 et 4). Les conclusions qui se dégagent et les mesures prises par les agences humanitaires suite à ce retour d'information doivent être systématiquement communiquées à la population affectée.
3. **Participation représentative** : si l'on veut assurer une participation équilibrée, il est indispensable de comprendre et de lever les obstacles à la participation auxquels différentes personnes sont confrontées. Des mesures doivent être prises pour garantir la participation de représentants de tous les groupes de la population touchée par la catastrophe — jeunes et vieux, hommes et femmes. Il faut s'attacher tout particulièrement à inclure les personnes qui ne sont pas bien représentées, les personnes marginalisées (par exemple, en raison de leur appartenance ethnique ou de leur religion) ou « invisibles » pour toute autre raison (par exemple, confinées à la maison ou dans une institution). La participation des jeunes et des enfants doit être encouragée dans la mesure où c'est dans leur intérêt, et il faut faire le nécessaire pour éviter qu'ils ne soient exposés à des abus ou des souffrances.
4. **Partage de l'information** : les gens ont le droit de recevoir des informations précises et à jour sur les mesures prises en leur nom. Ces informations peuvent réduire l'angoisse et constituent un fondement essentiel qui permettra à la communauté de se responsabiliser et de s'approprier l'action. Chaque agence humanitaire doit, au minimum, décrire aux personnes touchées par une catastrophe son mandat et son projet, ainsi que leurs droits et les prestations auxquelles elles peuvent prétendre, et leur indiquer quand et où trouver l'assistance (voir le critère de référence de la Norme HAP relatif au partage de l'information). Les moyens les plus courants de partager

l'information sont les tableaux d'affichage, les réunions publiques, les écoles, les journaux et les émissions de radio. L'information ainsi fournie doit témoigner d'une réelle compréhension des situations dans lesquelles se trouve la population affectée. Elle doit être transmise dans la ou les langues locales, au moyen de divers médias adaptés, de façon à être accessible à toutes les personnes concernées. Par exemple, on utilisera des communications verbales ou des images pour les enfants et pour les adultes qui ne savent pas lire, on s'exprimera dans un langage simple (c'est-à-dire compréhensible par des enfants de 12 ans de la région) et on utilisera de grands caractères d'imprimerie pour les messages destinés à des personnes malvoyantes. Les réunions doivent être organisées de telle sorte que les personnes âgées ou celles qui ont des difficultés d'audition puissent entendre.

5. **Espaces accessibles et sûrs** : on situera les lieux de réunion publique dans des zones sûres, en veillant à ce qu'ils soient accessibles aux personnes à mobilité réduite, ainsi qu'aux femmes dont la participation à des événements publics est limitée par les normes culturelles. Il conviendra également de prévoir des lieux réservés aux enfants pour qu'ils puissent y jouer, apprendre, nouer des liens sociaux et se développer.
6. **Doléances** : chacun a le droit de faire part de ses doléances à une agence humanitaire et de vouloir obtenir une réponse appropriée (voir le critère de référence de la Norme HAP relatif à la gestion des plaintes). L'existence de mécanismes formels pour le dépôt des plaintes et la réparation sont un élément essentiel de la redevabilité des agences humanitaires envers la population concernée et aident les communautés à reprendre le contrôle de leur vie.
7. **Les pratiques culturellement appropriées**, comme les cérémonies funèbres et religieuses et les pratiques qui y sont associées, sont souvent un élément fondamental de l'identité des personnes, du respect de leur dignité et de la reconnaissance de leur capacité de se relever après une catastrophe. Certaines pratiques acceptables d'un point de vue culturel constituent des violations des droits humains (par exemple, le refus de donner une éducation aux filles ou les mutilations génitales féminines) et ne doivent pas être encouragées.



Standard essentiel 2 : coordination et collaboration

L'intervention humanitaire est planifiée et mise en œuvre en coordination avec les autorités compétentes, les agences humanitaires et les organisations de la société civile engagées dans une action humanitaire impartiale, toutes travaillant ensemble pour atteindre un niveau d'efficacité et d'efficience et une couverture maximums.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Participer dès le début aux mécanismes de coordination généraux, ainsi qu'aux éventuels mécanismes de coordination sectoriels pertinents (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Se tenir informé des responsabilités, des objectifs et du rôle de coordination de l'État et des autres groupes de coordination éventuellement en place (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Informer les groupes de coordination sur le mandat, les objectifs et le programme de l'agence.
- ▶ Communiquer en temps utile les données d'évaluation aux groupes de coordination compétents, sous une forme qui puisse être utilisée immédiatement par les autres agences humanitaires (voir le standard essentiel 3, page 69).
- ▶ Utiliser les informations fournies par d'autres agences humanitaires sur leurs programmes, afin de pouvoir en tenir compte dans l'analyse, le choix de la zone géographique et les plans d'intervention.
- ▶ Tenir les groupes de coordination régulièrement informés des progrès réalisés, en leur signalant tout retard important, ainsi que les éventuels déficits de capacité ou capacités inutilisées de l'agence (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Collaborer avec les autres agences humanitaires pour renforcer l'action de sensibilisation à des préoccupations humanitaires capitales qu'elles partagent.
- ▶ Définir des politiques générales et des pratiques claires concernant la coopération de l'agence avec des acteurs non humanitaires, sur la base des principes et des objectifs humanitaires (voir la note d'orientation 5).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les rapports d'évaluation et les informations sur les plans de programmes et les progrès réalisés sont soumis régulièrement aux groupes de coordination compétents (voir la note d'orientation 4).

- ▶ Les activités humanitaires d'autres agences à l'œuvre dans la même région géographique ou dans le même domaine ne se chevauchent pas.
- ▶ Les engagements pris lors des réunions de coordination sont mis à exécution et font l'objet de rapports en temps voulu.
- ▶ L'intervention menée par l'agence tient compte des capacités et des stratégies des autres agences humanitaires, des organisations de la société civile et des autorités compétentes.

Notes d'orientation

1. **Interventions coordonnées** : une couverture adéquate par le programme, dans les délais prévus et de bonne qualité exige une action collective. La participation active aux efforts de coordination permet aux responsables de la coordination de définir sans tarder une répartition claire des tâches et des responsabilités, de juger de la mesure dans laquelle les besoins sont satisfaits par l'action collective, d'éviter les chevauchements et de remédier aux lacunes en termes de couverture et de qualité. Des interventions coordonnées, des évaluations interagences en temps voulu et l'échange d'informations permettent d'éviter que les personnes touchées par une catastrophe ne soient confrontées aux mêmes demandes d'informations de la part de plusieurs équipes d'évaluation. La collaboration et, quand c'est possible, la mise en commun des ressources et des équipements optimisent les capacités des communautés, de leurs voisins, des gouvernements hôtes, des donateurs et des agences humanitaires investies de mandats différents et possédant des compétences différentes.

La participation aux mécanismes de coordination avant une catastrophe crée des relations et renforce la coordination au cours d'une intervention. Il arrive que les organisations de la société civile et les autorités locales n'y participent pas si les mécanismes de coordination semblent ne concerner que les agences internationales. On veillera à utiliser la ou les langues locales lors des réunions et dans les autres modes de communication partagée, à repérer les acteurs et les réseaux locaux de la société civile associés à l'intervention et à les encourager à participer, ainsi que d'autres agences humanitaires locales et internationales. Les représentants d'agences humanitaires dans les réunions de coordination doivent avoir les informations et les compétences nécessaires pour contribuer à la planification de l'intervention et à la prise de décisions, et être habilités par leur organisation à le faire.

2. Parmi **les mécanismes de coordination courants**, on peut citer les réunions – générales (concernent tous les programmes), sectorielles (par exemple sur la santé) ou intersectorielles (par exemple sur les questions de genre) –, et les mécanismes d'échange d'informations (comme les bases



de données sur les évaluations et les données contextuelles). Les réunions qui regroupent différents secteurs permettent en outre de se pencher sur les besoins de la population dans leur ensemble plutôt qu'isolément (à titre d'exemple : les besoins des personnes touchées par une catastrophe en matière d'abris, d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'hygiène et de soutien psychosocial sont liés les uns aux autres). Les informations pertinentes doivent être partagées entre les différents mécanismes de coordination, afin que l'on puisse assurer une coordination intégrée à travers tous les programmes.

Dans toutes les situations de coordination, la réelle volonté de participation des agences dépendra de la qualité des mécanismes mis en place : il incombe aux responsables de la coordination de faire en sorte que les réunions et les informations soient bien gérées, efficaces et orientées vers des résultats concrets. Si tel n'est pas le cas, les agences participantes devront recommander des améliorations à apporter aux mécanismes et contribuer à ce qu'elles soient réalisées.

3. **Rôles de coordination** : il appartient à l'État touché par une catastrophe de coordonner les interventions des agences humanitaires. Ces dernières ont un rôle essentiel à jouer par le soutien qu'elles peuvent apporter à la fonction de coordination qui incombe à l'État. Dans certaines situations, cependant, il peut s'avérer judicieux d'avoir recours à d'autres mécanismes de coordination si, par exemple, les autorités de l'État sont elles-mêmes responsables d'abus et de violations, si leur assistance n'est pas impartiale, ou si l'État est prêt à jouer son rôle de coordonnateur mais n'en a pas la capacité. Dans ces cas, les autorités locales peuvent tenir des réunions de coordination séparément ou conjointement avec les Nations Unies ou les ONG. Bon nombre des opérations de secours humanitaire de grande ampleur, aujourd'hui, sont coordonnées dans le cadre d'une approche par groupes sectoriels (cluster approach), les agences qui travaillent dans le même secteur se regroupant sous la conduite d'une « agence principale ».
4. **L'efficacité de l'échange d'informations** se trouvera accrue si les informations sont faciles à utiliser (c'est-à-dire si elles sont claires, pertinentes et brèves) et si elles suivent des protocoles mondiaux pour l'aide humanitaire techniquement compatibles avec les données des autres agences (voir le standard essentiel 3, page 69). La fréquence exacte de ces échanges d'informations dépendra des agences et du contexte, mais il faut qu'elle soit suffisamment rapprochée pour que l'information reste pertinente. Les informations sensibles doivent rester confidentielles (voir les standards essentiels 3 et 4, pages 69 et 75).

5. **Forces armées et secteur privé** : il est de plus en plus fréquent que le secteur privé et des forces armées nationales ou étrangères participent aux actions de secours, ce qui n'est pas sans effet sur les efforts de coordination. Les forces armées apportent une expertise et des ressources particulières, notamment en termes de sécurité, de logistique, de transport et de communication. Cependant, leurs activités peuvent estomper la distinction importante qui existe entre objectifs humanitaires, d'une part, et priorités militaires ou politiques, d'autre part, faisant ainsi peser une menace sur la sécurité pour l'avenir. Toute association avec les forces armées ne peut être conçue qu'au service des agences humanitaires et sous leur direction, conformément aux directives adoptées. Certaines agences entretiendront un dialogue minimum pour garantir l'efficacité opérationnelle (par exemple, un échange d'informations générales sur le programme), alors que d'autres peuvent établir des liens plus forts (en utilisant des biens militaires, notamment). Dans tous les cas, les agences humanitaires doivent rester clairement distinctes des forces armées pour éviter qu'on les associe, à tort ou à raison, à des objectifs politiques ou militaires susceptibles de compromettre leur indépendance, leur crédibilité, leur sécurité et leur accès à la population affectée. Le secteur privé peut apporter une efficacité commerciale, une expertise et des ressources supplémentaires aux agences humanitaires. L'échange d'informations est indispensable pour éviter tout chevauchement d'activités et promouvoir les bonnes pratiques en matière d'aide humanitaire. Les partenariats entre humanitaire et secteur privé doivent tendre strictement à servir les objectifs humanitaires.



Standard essentiel 3 : évaluation

Les besoins prioritaires de la population touchée par une catastrophe sont recensés au moyen d'une évaluation systématique du contexte, des risques pour une vie dans la dignité et de la capacité des personnes concernées et des autorités compétentes à y faire face.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Rassembler et utiliser les informations disponibles avant la catastrophe sur les capacités locales d'aide humanitaire, la population touchée par la catastrophe et la population au sens large, le contexte et d'autres facteurs préexistants qui peuvent accroître la vulnérabilité de la population à la catastrophe (voir la note d'orientation 1).

- ▶ Entreprendre immédiatement une première évaluation, en partant des informations relatives au contexte antérieur afin de mesurer les changements dus à la catastrophe, et en relevant tout nouveau facteur qui génère de la vulnérabilité ou accroît la vulnérabilité existante (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Effectuer une évaluation rapide dès que possible et la faire suivre d'évaluations plus approfondies si le facteur temps et la situation le permettent (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Ventiler les données démographiques au minimum par sexe et par âge (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Lors de l'évaluation, tenir compte de ce que disent le plus grand nombre possible de personnes – femmes et hommes de tous âges, filles, garçons et autres personnes vulnérables touchées par la catastrophe, ainsi que la population au sens large (voir le standard essentiel 1, page 62, et les notes d'orientation 5 et 6).
- ▶ Chaque fois que c'est possible, participer aux évaluations multisectorielles, conjointes ou interagences.
- ▶ Rassembler les informations systématiquement, à l'aide de diverses méthodes, et les recouper avec les informations provenant d'un certain nombre de sources et d'agences, puis enregistrer les données à mesure qu'elles sont collectées (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Évaluer la capacité d'adaptation, le savoir-faire, les ressources et les stratégies de relèvement des personnes touchées par une catastrophe (voir la note d'orientation 8).
- ▶ Évaluer les plans d'intervention de l'État et sa capacité de les mettre en œuvre.
- ▶ Évaluer l'impact de la catastrophe sur le bien-être psychosocial des personnes et des communautés.
- ▶ Évaluer les préoccupations relatives à la situation présente et à venir en matière de sécurité de la population affectée et des travailleurs humanitaires, y compris la possibilité que l'intervention puisse exacerber un conflit ou susciter des tensions entre la population affectée et la population d'accueil (voir la note d'orientation 9).
- ▶ Communiquer les données d'évaluation dans les meilleurs délais et sous une forme accessible aux autres agences humanitaires (voir le standard essentiel 2, page 66, et la note d'orientation 10).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Un lien précis a été établi entre les besoins évalués et la capacité de réponse de la population touchée par la catastrophe ainsi que de l'État.
- ▶ Les rapports d'évaluation, qu'il s'agisse d'évaluations rapides ou approfondies, exposent des points de vue représentatifs de toutes les personnes affectées par la catastrophe, y compris des membres des groupes vulnérables, ainsi que de la population avoisinante.
- ▶ Les rapports d'évaluation présentent les données ventilées au minimum par sexe et par âge.
- ▶ Les rapports des évaluations approfondies contiennent des informations et une analyse relatives à la vulnérabilité, au contexte et aux capacités.
- ▶ Lorsque des modèles d'évaluation ont fait l'objet d'un accord et ont reçu un large soutien, ils ont été utilisés.
- ▶ Les évaluations rapides ont été suivies d'évaluations approfondies des populations ciblées pour l'intervention.

Notes d'orientation

1. **Informations sur le contexte avant la catastrophe** : la mise en commun des informations existantes est d'une valeur inestimable si l'on veut mener des évaluations initiales rapides. On dispose presque toujours d'une quantité considérable de renseignements sur le contexte (par exemple politique, social, économique, situation en matière de sécurité, conflit, environnement naturel) et sur les gens (sexe, âge, santé, culture, convictions religieuses, éducation, etc.). Les sources d'information sont notamment les divers ministères du pays concerné (pour les données relatives à la santé et au recensement de la population, entre autres), les institutions universitaires ou de recherche, les organisations à base communautaire et les agences humanitaires locales ou internationales présentes sur les lieux avant la catastrophe. Les activités de préparation aux catastrophes et les initiatives d'alerte précoce, ainsi que les nouveaux développements relatifs à la cartographie collaborative en ligne, à l'externalisation de tâches auprès des internautes (*crowdsourcing*) et aux plates-formes de téléphonie mobile (comme Ushahidi) sont autant de moyens qui ont permis d'alimenter les bases de données en informations pertinentes.
2. **Évaluations initiales** : elles sont généralement entreprises dans les heures qui suivent une catastrophe, et peuvent être basées presque entièrement sur des informations indirectes ou des données préexistantes. Elles sont essentielles pour déterminer les besoins en secours urgents ; elles doivent être menées et leurs résultats doivent être communiqués immédiatement.



3. **Des évaluations par étapes** : une évaluation est un processus, pas un événement isolé. Les évaluations initiales rapides serviront de base aux évaluations ultérieures plus poussées, qui approfondiront (sans les répéter) les constatations initiales. Il faut faire preuve de prudence, car des évaluations répétées sur des questions de protection sensibles telles que la violence liée au genre peuvent faire plus de tort que de bien aux communautés et aux personnes.
4. **Ventilation des données** : une ventilation très poussée est rarement possible au début, mais est d'une importance capitale pour cerner les besoins et droits différents des enfants et des adultes de tous âges. Dès que cela s'avère possible, il faut ventiler les données par sexe et par âge pour les enfants de 0-5 ans Garçons/Filles, de 6-12 ans G/F et de 13-17 ans G/F, puis par tranches d'âge de 10 ans, par exemple 50-59 ans Hommes/Femmes, 60-69 ans H/F, 70-79 ans H/F, +80 ans H/F. Contrairement aux tranches d'âge définies sur la base du développement physiologique dans le chapitre sur la santé, celles-ci correspondent à des différences liées à un éventail de droits et de considérations sociales et culturelles.
5. **Des évaluations représentatives** : les évaluations des besoins couvrent toutes les personnes touchées par une catastrophe. Il faut déployer des efforts particuliers pour évaluer la situation des personnes situées dans des endroits difficiles à atteindre, par exemple les personnes qui ne sont pas dans des camps, qui se trouvent dans des zones géographiques peu accessibles ou dans des familles d'accueil. Il en va de même pour les personnes moins facilement accessibles mais souvent exposées à plus de risques, comme les personnes handicapées, les personnes âgées, les personnes confinées chez elles, les enfants et les jeunes, qui constituent parfois des cibles de recrutement comme enfants-soldats ou risquent d'être exposés à la violence liée au genre.

Les sources d'information primaires sont notamment l'observation directe, les groupes de discussion, les enquêtes et les discussions avec un éventail de personnes et de groupes aussi large que possible (par exemple, autorités locales, chefs de communautés hommes et femmes, hommes et femmes âgés, personnel de santé, enseignants et autres personnels d'éducation, négociants et autres agences humanitaires).

Parler ouvertement peut être difficile ou dangereux pour certaines personnes. Il faut parler avec les enfants séparément, car ils ne s'exprimeront sans doute pas devant des adultes, et risquent de se trouver en danger s'ils le font. Dans la plupart des cas, les femmes et les filles doivent être consultées dans des lieux séparés. Les travailleurs humanitaires qui s'occupent de récolter systématiquement des informations auprès de personnes ayant subi des mauvais traitements ou un viol doivent posséder le savoir-faire et la méthode

nécessaires pour le faire sans risque et de la façon appropriée. Dans les zones de conflit, il peut être fait un mauvais usage des informations recueillies, ce qui risque d'exposer les personnes concernées à de nouveaux dangers ou de compromettre la capacité d'action de l'agence. Ce n'est qu'avec le consentement des intéressés que l'information qui les concerne peut être communiquée à d'autres agences humanitaires ou à des organismes compétents (voir le principe de protection 1, page 38).

Il ne sera pas possible d'évaluer immédiatement toutes les personnes touchées par la catastrophe : les zones géographiques ou les groupes de personnes qui n'ont pas été pris en compte doivent être clairement mentionnés dans le rapport d'évaluation et recevoir une visite à la première occasion.

6. **Évaluation de la vulnérabilité** : les risques auxquels sont exposées des personnes suite à une catastrophe varient en fonction des groupes et des individus. Certaines personnes sont vulnérables en raison de facteurs individuels comme l'âge (c'est particulièrement le cas des très jeunes et des très âgées) ou la maladie (surtout les personnes vivant avec le VIH ou le sida). Toutefois, les facteurs individuels à eux seuls n'augmentent pas automatiquement le risque. Il faut évaluer les facteurs contextuels et sociaux contribuant à la vulnérabilité, comme la discrimination et la marginalisation (par exemple, déficit de statut et de pouvoir des femmes et des filles), l'isolement social, la dégradation de l'environnement, la variabilité climatique, la pauvreté, le fait de ne pas posséder de terre, la mauvaise gouvernance, l'appartenance à un groupe ethnique, à une classe ou à une caste, les convictions religieuses ou les attaches politiques.

Les évaluations approfondies réalisées ultérieurement doivent identifier les dangers potentiels pour l'avenir, comme une évolution des schémas de risque en raison de la dégradation de l'environnement (par exemple, érosion du sol ou déforestation) ou des changements climatiques et géologiques (notamment cyclones, inondations, sécheresses, glissements de terrain et élévation du niveau de la mer).

7. **Recueil des données et aide-mémoire** : les informations recueillies lors des évaluations, notamment quant aux déplacements de population et au nombre de personnes concernées, doivent être vérifiées et validées, et renvoyer à autant de sources que possible. Si les évaluations multi-sectorielles ne sont pas possibles dans un premier temps, on veillera tout particulièrement à faire le lien avec d'autres évaluations de secteurs individuels, et évaluations relatives à la protection et à des thèmes transversaux. Les sources de données et les niveaux de ventilation doivent être notés, et les chiffres de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans enregistrés dès le début.



Il existe un grand nombre d'aide-mémoire pour l'évaluation, fondés sur des standards humanitaires reconnus (voir les aide-mémoire dans les annexes de certains chapitres techniques). Les aide-mémoire renforcent la cohérence et facilitent l'accès aux données par les autres agences, garantissent que tous les domaines clés ont bien été examinés et réduisent les risques de partis pris d'origine institutionnelle ou individuelle. Un format commun d'évaluation interagences peut avoir été mis au point avant la catastrophe ou avoir fait l'objet d'un accord au cours de l'intervention. Quoi qu'il en soit, les évaluations doivent être parfaitement claires quant aux objectifs visés et aux méthodes à utiliser, et produire une information impartiale sur les conséquences de la crise pour les personnes touchées. On utilisera un panachage de méthodes quantitatives et qualitatives adaptées au contexte. Dans la mesure du possible, les équipes d'évaluation doivent avoir une composition mixte d'hommes et de femmes, de généralistes et de spécialistes, et doivent comprendre notamment des personnes entraînées à recueillir des données tenant compte des sexospécificités et à communiquer avec les enfants. Elles devraient comprendre aussi des personnes parlant la ou les langues de l'endroit et familières des lieux, qui seront capables de communiquer avec la population dans le respect des normes culturelles.

8. **Évaluation des capacités** : les communautés ont des capacités qui les aident à faire face à une catastrophe et à s'en relever (voir le standard essentiel 1, page 62). Nombre de leurs mécanismes d'adaptation sont durables et bénéfiques, mais d'autres peuvent être dommageables, avec des effets qui pourraient se révéler nuisibles à long terme, comme la vente de biens ou une consommation excessive d'alcool. Les évaluations doivent donc identifier les stratégies positives qui augmentent la résilience, mais aussi rechercher les raisons qui conduisent à adopter des stratégies négatives.
9. **Évaluation de la sécurité** : on procédera à une évaluation de la sécurité de la population affectée et de la population hôte à chaque étape du processus, de l'évaluation initiale aux évaluations ultérieures, afin d'identifier les menaces d'actes de violence et de toute forme de coercition, ainsi que de refus de moyens de subsistance ou de déni de droits humains fondamentaux (voir le principe de protection 3, page 43).
10. **Mise en commun des résultats d'évaluations** : les rapports d'évaluation fournissent des informations précieuses aux autres agences humanitaires, établissent des données de référence et augmentent la transparence des décisions relatives aux interventions. Quelles que soient les diverses conceptions qu'ont les agences de la présentation des rapports d'évaluation, ceux-ci doivent être clairs et concis ; ils doivent permettre aux utilisateurs de définir des priorités d'action, et décrire les méthodes utilisées pour attester la fiabilité des données et permettre une analyse comparative, le cas échéant.

Standard essentiel 4 : conception et intervention proprement dite

L'intervention humanitaire répond aux besoins de la population affectée tels qu'ils ont été évalués par rapport au contexte, aux risques auxquels cette population est exposée, et à sa capacité et celle de l'État à y faire face et à s'en relever.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Concevoir le programme sur la base d'une évaluation impartiale des besoins, du contexte, des risques auxquels la population est exposée et de ses capacités (voir le standard essentiel 3, page 69).
- ▶ Concevoir le programme de telle façon qu'il réponde aux besoins que l'État ou la population affectée ne peuvent pas ou ne veulent pas satisfaire (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Accorder, dans les tout premiers temps après la catastrophe, la priorité aux mesures destinées à sauver des vies et axées sur les besoins urgents essentiels à la survie.
- ▶ Au moyen de données d'évaluation ventilées, analyser de quelle manière la catastrophe a pu toucher différentes personnes et différents groupes de population, et concevoir le programme en fonction de leurs besoins particuliers.
- ▶ Concevoir l'intervention de sorte que les personnes vulnérables aient librement accès à l'assistance et aux services de protection (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Veiller à ce que la conception du programme et les approches qui le soutiennent contribuent à tous les aspects de la dignité des personnes et des populations concernées (voir le standard essentiel 1, page 62, et la note d'orientation 3).
- ▶ Analyser tous les facteurs contextuels qui augmentent la vulnérabilité des personnes et concevoir le programme de manière à réduire progressivement cette vulnérabilité (voir le standard essentiel 3, page 69, et la note d'orientation 4).
- ▶ Concevoir le programme de manière à réduire au minimum le risque de mettre les personnes en danger, d'aggraver la dynamique d'un conflit, ou de créer de l'insécurité ou des occasions d'exploitation et d'abus (voir la note d'orientation 5 et le principe de protection 1, page 38).



- ▶ Réduire progressivement l'écart entre les conditions de vie telles qu'elles ont été évaluées et les standards minimums du Projet Sphère, en réalisant, voire en dépassant les indicateurs Sphère (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Concevoir des programmes qui favorisent un relèvement rapide, réduisent les risques et renforcent la capacité des personnes touchées par la catastrophe de prévenir des dangers futurs, d'en limiter le plus possible les effets ou de mieux y faire face (voir la note d'orientation 7).

1. **Adapter constamment le programme, afin qu'il reste pertinent et approprié (voir le standard essentiel 5, page 13).**

- ▶ Améliorer les chances d'un relèvement durable en prévoyant des stratégies de sortie et en les communiquant à la population affectée dès le début de la mise en œuvre du programme.

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ La conception du programme est fondée sur une analyse des besoins spécifiques des différents groupes de personnes et des risques auxquels ceux-ci sont exposés.
- ▶ Le programme est conçu de manière à réduire l'écart entre les besoins de la population concernée et sa propre capacité, ou celle de l'État, d'y répondre.
- ▶ La conception du programme est régulièrement revue pour refléter les changements intervenus dans le contexte, les risques, et les besoins et capacités de la population concernée.
- ▶ Le programme comprend des mesures visant à réduire la vulnérabilité de la population concernée face aux dangers futurs et à accroître sa capacité de les gérer et d'y faire face.

Notes d'orientation

1. **Soutenir les capacités existantes** : c'est à l'État qu'incombent au premier chef le rôle et la responsabilité d'apporter en temps voulu assistance et protection aux personnes touchées par la catastrophe (voir le paragraphe 2 de la Charte humanitaire, page 23). Il faudra intervenir si la population concernée ou l'État n'ont pas des capacités suffisantes pour faire face (surtout au début de l'intervention), ou si l'État ou les autorités de contrôle appliquent activement des mesures discriminatoires à l'encontre de certains groupes de personnes ou de zones touchées par la catastrophe. Dans tous les cas, la capacité et les intentions de l'État à l'égard de tous les membres de la population affectée détermineront l'ampleur et le type de l'intervention humanitaire.

2. **Accès** : l'assistance doit aller sans discrimination aux personnes qui en ont besoin (voir le principe de protection 2, page 41). L'accès à l'aide et la capacité des personnes à utiliser l'assistance de façon bénéfique augmentent si elles sont informées sans délai et si la conception du programme correspond bien à leurs besoins particuliers et à leurs préoccupations culturelles et en matière de sécurité (par exemple, files d'attente séparées pour les personnes âgées et les femmes avec enfants se présentant aux distributions de nourriture). Les résultats sont encore plus positifs si l'on fait participer les femmes et les hommes de tous âges, ainsi que les filles et les garçons, à la conception du programme. L'accès est aussi amélioré si l'on détermine soigneusement les critères de ciblage et les processus mis en œuvre, s'ils sont largement communiqués et compris par la communauté et s'ils font l'objet d'un suivi systématique. Les mesures préconisées dans les chapitres techniques facilitent la mise en place d'un accès égal pour tous, grâce à une conception bien pensée tenant compte de facteurs importants tels que l'implantation des installations dans des zones sûres, etc.
3. **Le fondement d'une vie vécue dans la dignité** est l'assurance d'un accès aux services de base, de la sécurité et du respect des droits humains (voir la Charte humanitaire, page 21). La façon dont l'intervention humanitaire est mise en œuvre a également un impact considérable sur la dignité et le bien-être de la population affectée. Des programmes conçus de façon à respecter la valeur intrinsèque de chaque individu, à soutenir son identité religieuse et culturelle, à promouvoir l'entraide communautaire et à encourager les réseaux d'aide sociale actifs contribuent tous au bien-être psychosocial et sont un élément essentiel du droit de vivre dans la dignité.
4. **Contexte et vulnérabilité** : les facteurs sociaux, politiques, culturels et économiques, les situations de conflit et les facteurs environnementaux peuvent accroître la vulnérabilité des personnes aux catastrophes ; les changements de contexte peuvent faire apparaître de nouveaux groupes de personnes vulnérables (voir le standard essentiel 3, page 69). Les personnes vulnérables sont parfois soumises simultanément à plusieurs facteurs (par exemple, les personnes âgées appartenant à des groupes ethniques marginalisés). Les interactions entre facteurs personnels et facteurs contextuels qui augmentent les risques doivent être analysées, et les programmes doivent être conçus de façon à tenir compte de ces risques, à les atténuer et à cibler les besoins des personnes vulnérables.
5. **Attention aux tensions** : l'assistance humanitaire peut hélas aussi avoir des conséquences négatives. La valeur des ressources engagées peut encourager l'exploitation et les abus et conduire à des rivalités et à une utilisation abusive ou à un détournement de l'aide. La famine peut être une arme de guerre (par exemple, pour dépeupler délibérément un territoire ou imposer



des transferts de biens). L'assistance peut avoir un effet négatif sur la population en général et amplifier des rapports de force inégaux entre différents groupes, y compris entre les hommes et les femmes. Une analyse minutieuse et une conception judicieuse du programme peuvent limiter le risque de voir l'aide apportée accroître les tensions et l'insécurité (y compris lors de catastrophes naturelles). On concevra l'intervention de façon à garantir une distribution équitable et un ciblage impartial de l'assistance.

Il faut protéger la sécurité et la dignité des personnes en respectant le caractère confidentiel des informations personnelles. Par exemple, les personnes vivant avec le VIH et le sida peuvent être ostracisées ; les survivants de violations des droits humains doivent se voir garantir une assistance sans risque et confidentielle (voir le standard essentiel 3, page 69).

6. **Atteindre les standards minimums du Projet Sphère** : le temps qu'il faudra pour atteindre les standards minimums dépendra du contexte, à savoir des ressources, de l'accès, du niveau de sécurité et du niveau de vie de la région avant la catastrophe. Des tensions peuvent surgir si les conditions de vie de la population affectée atteignent des standards supérieurs à ceux de la population hôte ou de la population au sens large, voire aggravent les conditions de vie de celles-ci. Il convient de développer des stratégies qui limitent les disparités et les risques, par exemple en atténuant tout impact négatif de l'intervention sur l'environnement et l'économie, et en prônant l'amélioration des conditions de vie de la population hôte. Chaque fois que ce sera possible, il faudra élargir le champ d'application de l'intervention pour qu'elle bénéficie aussi à la population hôte.
7. **Relèvement précoce et réduction des risques** : les mesures prises dès que possible pour renforcer les capacités locales, travailler avec des ressources locales et rétablir les services, l'éducation, les marchés et les possibilités d'assurer des moyens de subsistance faciliteront un relèvement économique précoce et renforceront la capacité de la population à gérer les risques une fois que l'assistance extérieure aura pris fin (voir le standard essentiel 1, page 62). À tout le moins, l'intervention humanitaire ne doit pas nuire à la qualité de vie des générations futures, ni la compromettre, ni contribuer involontairement à l'émergence de nouveaux dangers (par exemple, par la déforestation et une exploitation non durable des ressources naturelles).

Une fois que les risques immédiats pour la vie sont neutralisés, il faut analyser les dangers présents et les dangers (multiples) que peut réserver l'avenir, tels que ceux qu'entraînent les changements climatiques. On concevra l'action de manière à réduire les risques pour l'avenir, par exemple, en mettant à profit, au cours de l'intervention, les occasions d'investir dans la réduction des risques et dans une « reconstruction plus sûre ». Ainsi, on peut construire

des bâtiments résistant aux tremblements de terre et aux tornades, protéger les zones humides qui absorbent les ondes de tempête et soutenir l'élaboration de politiques et la mise en place d'initiatives communautaires en matière d'alerte précoce et de préparation aux catastrophes.

Standard essentiel 5 : performance, transparence et apprentissage

La performance des agences humanitaires est examinée en permanence et fait l'objet de communications régulières aux parties prenantes ; les projets sont adaptés en fonction de la performance.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Mettre en place en temps voulu des mécanismes systématiques mais simples et participatifs visant à suivre les progrès accomplis dans la réalisation de tous les standards pertinents du Projet Sphère, ainsi que des principes, résultats et activités définis pour le programme (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Mettre en place des mécanismes de base pour assurer le suivi de la performance générale de l'agence en ce qui concerne sa gestion et ses systèmes de contrôle de qualité (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Suivre les résultats et, quand c'est possible, évaluer les premiers effets de l'intervention humanitaire sur la population affectée et la population au sens large (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Mettre en place des mécanismes systématiques visant à adapter les stratégies du programme à la lumière des données de suivi ainsi que de l'évolution des besoins et du contexte (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Effectuer périodiquement, pendant toute la durée de l'intervention, un travail de réflexion et d'apprentissage.
- ▶ Procéder à une évaluation finale ou à toute autre forme d'examen permettant de tirer objectivement les leçons du programme, par rapport aux objectifs définis, aux principes énoncés et aux standards minimums adoptés (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Autant que possible, participer à toute initiative conjointe, interagences ou autre, ayant pour objectif l'acquisition de connaissances.
- ▶ Faire connaître en temps utile à la population affectée, aux autorités compétentes et aux groupes de coordination les principales conclusions du suivi et, le cas échéant, les résultats des évaluations et des autres processus d'apprentissage importants (voir la note d'orientation 6).



Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les programmes sont adaptés à la lumière des informations de suivi et des leçons tirées.
- ▶ Les sources des informations de suivi et d'évaluation incluent les points de vue d'un échantillon représentatif de la population ciblée par l'intervention, ainsi que de la communauté hôte s'ils sont différents.
- ▶ Des informations précises, à jour et non confidentielles sur les progrès réalisés sont régulièrement communiquées aux personnes ciblées par l'intervention, aux autorités compétentes locales et aux autres agences humanitaires.
- ▶ La performance fait régulièrement l'objet d'un suivi par rapport à tous les standards essentiels et standards techniques minimums pertinents du Projet Sphère (ainsi qu'à d'autres normes mondiales applicables ou aux standards de performance de l'agence), et les résultats les plus importants sont communiqués aux principales parties prenantes (voir la note d'orientation 9).
- ▶ Les agences procèdent systématiquement à une évaluation objective ou à un examen des leçons tirées d'une grande intervention humanitaire, conformément aux normes reconnues en matière d'évaluation (voir la note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. **Le suivi** consiste à comparer les intentions aux résultats. Il mesure les progrès réalisés par rapport aux objectifs et aux indicateurs du projet, ainsi que son impact sur la vulnérabilité des personnes et sur le contexte. Les informations ainsi produites servent à orienter les révisions du projet, à vérifier les critères de ciblage et à s'assurer que l'aide apportée arrive bien aux destinataires prévus. Il permet aux décideurs de tenir compte des réactions de la communauté et de discerner les problèmes et les tendances qui se dessinent. C'est aussi l'occasion pour les agences de fournir et de recueillir des informations. Pour que le suivi soit efficace, il faut choisir les méthodes les plus appropriées par rapport à un programme et un contexte particuliers, associant selon les besoins données qualitatives et quantitatives, qui seront enregistrées de manière systématique. Le fait de communiquer avec transparence au sujet des informations de suivi renforce l'exercice de la redevabilité envers la population affectée. Un suivi effectué par la population elle-même améliore encore la transparence et la qualité, et permet à la population de mieux s'approprier les informations.

Une vision claire de l'usage que l'on compte faire des données et des utilisateurs envisagés déterminera la nature de l'information à recueillir et la manière de la présenter. Les données doivent être présentées sous une

forme simple et accessible qui facilitera le partage de l'information et la prise de décisions.

2. L'évaluation de la **performance de l'agence** ne se limite pas à mesurer l'ampleur des réalisations du programme. Elle couvre l'ensemble des fonctions de l'agence : progrès accomplis sur divers aspects comme les relations avec les autres organisations, le respect des bonnes pratiques, des codes et des principes humanitaires, et l'efficacité et l'efficience de ses systèmes de gestion. Des méthodes d'assurance qualité comme la méthode COMPAS Qualité du groupe URD peuvent être utilisées pour évaluer la performance d'ensemble de l'agence.
3. **Suivi de l'impact** : de plus en plus, on considère l'évaluation de l'impact (c'est-à-dire de l'ensemble des effets des interventions, à court et moyen termes, positifs ou négatifs, intentionnels ou fortuits) comme étant à la fois réalisable et essentielle pour les interventions humanitaires. L'évaluation de l'impact est un important domaine émergent qui établit le lien entre telle ou telle action humanitaire et des changements complexes et interdépendants qui se sont produits au sein des populations et de leur contexte. Ce sont les personnes touchées par la catastrophe qui sont le mieux à même de juger des changements intervenus dans leur vie ; d'où la nécessité, dans les évaluations de résultats et d'impact, d'inclure les avis et réactions des personnes concernées, d'être à leur écoute de façon non directive et d'appliquer d'autres méthodes participatives en matière de qualité, outre l'approche quantitative.
4. **Veiller à ce que le programme reste utile** : le suivi doit aussi consister à vérifier périodiquement si le programme reste utile pour les populations concernées. Les constatations faites doivent conduire à des révisions du programme s'il y a lieu.
5. **Méthodes d'examen de la performance** : les façons de procéder peuvent varier en fonction des objectifs visés en matière de performance, d'apprentissage et de redevabilité. On peut utiliser toute une série de méthodes comme le suivi et l'évaluation, les évaluations d'impact participatives et les séances d'écoute, les outils d'assurance qualité, les audits et les exercices internes d'apprentissage et de réflexion.

Les évaluations de programmes se font généralement à la fin d'une intervention et recommandent d'éventuels changements à apporter aux politiques générales et aux futurs programmes de l'agence. Le suivi de la performance et l'évaluation en temps réel peuvent aussi se faire au cours de l'intervention, entraînant des changements immédiats en termes de politique et de pratique. Les évaluations sont généralement entreprises par des évaluateurs extérieurs indépendants, mais des membres du personnel



peuvent eux aussi évaluer un programme à condition de rester objectifs, ce qui signifie généralement qu'ils n'ont pas participé eux-mêmes à l'intervention. Les évaluations effectuées dans le domaine humanitaire utilisent généralement huit dimensions appelées « les critères CAD » (Comité d'aide au développement) : pertinence, caractère approprié, durabilité, cohérence, couverture, efficacité, efficacité et impact.

6. **Performance du secteur** : le fait de communiquer aux groupes de coordination les informations relatives aux progrès réalisés par chaque agence dans la réalisation des standards minimums du Projet Sphère contribue au suivi de l'ensemble de l'intervention et génère une source inestimable de données sur la performance du secteur.

Standard essentiel 6 : performance des travailleurs humanitaires

Les agences humanitaires assurent un soutien approprié en gestion, en supervision et en accompagnement psychosocial, qui permet aux travailleurs humanitaires d'avoir les connaissances, les compétences, le comportement et les attitudes nécessaires pour planifier et mettre en œuvre une intervention humanitaire efficace avec humanité et respect.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▮ Assurer aux cadres une formation adéquate à la direction d'opérations, les familiariser avec les principales politiques, et leur fournir les ressources qui leur permettront de pratiquer une gestion efficace (voir la note d'orientation 1).
- ▮ Mettre en place des procédures de recrutement systématiques, équitables et transparentes afin d'attirer le plus grand nombre possible de candidats compétents (voir la note d'orientation 2).
- ▮ Recruter des équipes où hommes et femmes, groupes ethniques, âges et origines sociales soient représentés de façon équilibrée, afin que la diversité de l'équipe soit adaptée à la culture et au contexte locaux.
- ▮ Fournir en temps utile aux travailleurs humanitaires (membres du personnel, volontaires et consultants, tant nationaux qu'internationaux), un ensemble adéquat de stages d'intégration, de séances d'information, de voies hiérarchiques clairement définies et de descriptions de poste actualisées, afin qu'ils puissent comprendre leurs responsabilités, les objectifs de leur travail, le système de valeurs institutionnel, les principales politiques de leur agence et le contexte local.

- ▶ Établir des directives sur la sécurité et l'évacuation ainsi que des politiques relatives à la santé et à la sécurité, et les utiliser lorsqu'on donne des instructions aux travailleurs humanitaires avant qu'ils ne commencent leur activité au sein de l'agence.
- ▶ Veiller à ce que les travailleurs humanitaires aient accès aux soins médicaux et à un appui psychosocial.
- ▶ Établir des codes de conduite personnelle pour les travailleurs humanitaires afin de protéger les personnes touchées par la catastrophe contre les abus sexuels, la corruption, l'exploitation et autres violations des droits humains. Communiquer ces codes à la population affectée (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Promouvoir une culture du respect à l'égard de la population affectée (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Mettre en place des procédures pour les dépôts de plainte et prendre les mesures disciplinaires appropriées contre tout travailleur humanitaire ayant commis une infraction avérée au code de conduite de l'agence.
- ▶ Effectuer régulièrement une évaluation des performances des membres du personnel et des volontaires, et leur en communiquer les résultats par rapport aux objectifs fixés pour leur travail, à leurs connaissances, leurs compétences, leur comportement et leurs attitudes.
- ▶ Aider les travailleurs humanitaires à gérer leur charge de travail et à réduire au minimum leur stress (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Permettre au personnel et aux cadres de déterminer conjointement des possibilités de formation continue et de développement (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Apporter le soutien approprié aux travailleurs humanitaires qui ont vécu des événements particulièrement éprouvants ou en ont été témoins (voir la note d'orientation 7).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les évaluations de performance des membres du personnel et des volontaires démontrent qu'ils ont un niveau suffisant en ce qui concerne leurs connaissances, leurs compétences, leur comportement, et l'exercice des fonctions figurant dans leur description de poste.
- ▶ Les travailleurs humanitaires qui contreviennent au code de conduite interdisant la corruption et les abus font l'objet de mesures disciplinaires formelles.
- ▶ Les principes du Code de bonne pratique de People in Aid, ou des principes similaires, se retrouvent dans les politiques et les pratiques de l'agence.



- ▮ L'incidence des maladies, accidents et problèmes de santé liés au stress chez les travailleurs humanitaires reste stable, voire diminue, tout au long de l'intervention consécutive à la catastrophe.

Notes d'orientation

1. **Bonnes pratiques de gestion** : les systèmes de gestion des ressources humaines varient d'une agence à l'autre et en fonction du contexte, mais les cadres et les superviseurs directs doivent bien connaître le Code de bonne pratique de People In Aid, qui comprend des politiques générales et des directives pour la planification, le recrutement, la gestion, la formation et le perfectionnement, la transition en fin de contrat et, pour les agences internationales, le déploiement.
2. **Les procédures de recrutement** doivent être transparentes et compréhensibles par tous les membres du personnel et les candidats. Cette transparence porte notamment sur l'élaboration et la communication de descriptions de poste pertinentes et actualisées pour chaque poste. Elle est indispensable pour construire des équipes diverses et compétentes. De nouveaux recrutements, s'il y a lieu, pourront accroître l'efficacité et la diversité des équipes existantes. Une augmentation rapide des effectifs peut toutefois conduire au recrutement de personnes peu expérimentées qui doivent alors recevoir le soutien du personnel expérimenté.
3. **Le contrôle que peuvent exercer les travailleurs humanitaires** sur la gestion et l'attribution de secours précieux les met en position de force par rapport à la population affectée. Ce pouvoir sur des personnes qui dépendent de l'assistance et dont les réseaux de protection sociale ont été perturbés ou détruits peut entraîner corruption et abus. Il arrive souvent que des femmes, des enfants et des personnes handicapées soient acculés à céder à des abus sexuels. Il est interdit d'exiger une quelconque activité sexuelle en échange de l'assistance ou de la protection humanitaires. Aucune personne associée à l'intervention humanitaire (qu'il s'agisse de travailleurs humanitaires ou de militaires, du personnel de la fonction publique ou du secteur privé) ne peut participer à des abus, à de la corruption ou à de l'exploitation sexuelle. Le travail forcé d'adultes ou d'enfants, l'usage de substances illicites et le trafic de biens et de services de l'aide humanitaire par les personnes qui participent aux distributions sont eux aussi interdits.
4. **Les travailleurs humanitaires doivent respecter** les valeurs et la dignité des personnes touchées par la catastrophe et éviter tout comportement (comme le port de vêtements inappropriés) qui soit culturellement inacceptable pour elles.

5. **Les travailleurs humanitaires travaillent souvent de longues heures** dans des conditions dangereuses et stressantes. Les agences ont l'obligation de prendre soin de leurs collaborateurs ; elles doivent notamment prendre des mesures pour favoriser leur bien-être, et leur éviter épuisement durable, accidents ou maladies. Les cadres doivent attirer l'attention de leurs collaborateurs sur les dangers possibles et les protéger contre toute exposition à des risques inutiles pour leur santé physique et émotionnelle – par exemple en mettant en place des dispositifs de sécurité efficaces, en prévoyant des périodes de repos et de récupération suffisantes, en les aidant activement à travailler selon des horaires raisonnables et en les aiguillant sur un service de soutien psychologique. Les cadres peuvent promouvoir un «devoir de soin» en donnant l'exemple de bonnes pratiques et en se conformant personnellement à la politique en vigueur. Chaque collaborateur est aussi personnellement responsable de la gestion de son bien-être.
6. **Dans la phase initiale d'une catastrophe**, les possibilités de développement des capacités du personnel peuvent être limitées. Au fil du temps, grâce aux évaluations de performance et aux avis formulés par le personnel, les cadres identifieront les domaines nécessitant apprentissage et perfectionnement, et prendront des mesures à cet égard. La préparation aux catastrophes permet elle aussi de discerner et de développer des compétences intéressantes pour l'action humanitaire.
7. **Des premiers secours psychologiques** doivent être mis immédiatement à la disposition des travailleurs humanitaires qui ont vécu des événements extrêmement éprouvants ou en ont été témoins (voir le standard 1 sur les services de santé essentiels – santé mentale, page 383, et la section Références et bibliographie complémentaire). Les séances de débriefing psychologique sont inefficaces et n'ont pas lieu d'être.



Références et bibliographie complémentaire

Sources du chapitre

Intervention humanitaire centrée sur les personnes

Comité permanent interorganisations (CPI-IASC), Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Genève, 2007.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx?page=content-products-products&productcatid=22

Emergency Capacity Building (ECB) Project, Intervention humanitaire centrée sur les personnes. Mesure de l'impact et redevabilité en situation de secours d'urgence. Le Guide suffisamment bon, publication en version française de EPP Books Services et Oxfam GB pour l'Emergency Capacity Building Project, 2008.
www.ecbproject.org/download-the-good-enough-guide

Partenariat pour la redevabilité humanitaire (HAP), La norme HAP de redevabilité humanitaire et de gestion de la qualité, (à paraître).
www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

Coordination et collaboration

Dispositif mondial d'aide humanitaire, Principes en matière de partenariat. Déclaration d'engagement, Genève, 2007.
www.globalhumanitarianplatform.org/doc00002630_fr.doc

IASC, Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response, Geneva, 2006.

IASC, Global Cluster Approach.
onerresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies, New York, 2008.
ochaonline.un.org/cmcs/guidelines

OCHA, Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets in Disaster Relief – “Oslo Guidelines”. Rev.1.1, Geneva, 2007.

ochaonline.un.org/cmcs

Évaluation

IASC, Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level, Geneva, 2003. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc

IASC, Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments (à paraître).

Ushahidi, système de collecte et de partage d'information par téléphone mobile. www.usahidi.com

Conception et intervention proprement dite

CPI-IASC, Femmes, filles, garçons et hommes. Des besoins différents, des chances égales (Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire), Genève, 2008.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

Early Recovery Tools and Guidance: onerresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx

Provention Consortium, Outils d'intégration de la réduction des risques de catastrophes. Notes d'orientation à l'intention des organisations de développement. Analyse de vulnérabilité et de capacité. Note d'orientation 9, Genève, 2007. www.proventionconsortium.org/?pageid=37&publicationid=162#162

Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes (SIPC), Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 : Pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes, 2005.

www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-french.pdf

Performance, transparence et apprentissage

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP), 8th Review of Humanitarian Action, Overseas Development Institute (ODI), London, 2009. www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx



Collaborative Learning Projects, The Listening Project (LISTEN), Cambridge, Mass, 2007.

www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

Groupe URD, Manuel COMPAS Qualité, 2009.

www.compasqualite.org/fr/images/V9.06-FR_manuel_COMPAS_Qualite.pdf

Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), Conseils pour l'évaluation de l'aide humanitaire apportée dans les situations d'urgence complexes, Paris, 2001. www.oecd-ilibrary.org/fr/development/l-evaluation-et-l-efficacite-de-l-aide-n-1-conseils-pour-l-evaluation-de-l-aide-humanitaire-apportee-dans-les-situations-d-urgence-complexes_9789264034976-fr

Performance des travailleurs humanitaires

People In Aid, Code de bonne pratique dans la gestion et le soutien du personnel humanitaire, London, 2003.

peopleinaid.org/pool/files/code/code-fr.pdf

World Health Organization, World Vision and War Trauma Foundation, Psychological First Aid Guide, Geneva, (à paraître).

www.who.int/mental_health/emergencies/fr/index.html

Bibliographie complémentaire

Évaluation et intervention

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP), Joint Assessment Mission Guidelines, 2nd edition, Rome, 2008.

www.unhcr.org/45f81d2f2.html

Enfants

Action for the rights of children (ARC), 2009.

www.arc-online.org/arc/translations/french.html

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The Sphere Project, Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere-INEE Companionship, Geneva, 2009.

Handicaps

Women's Commission for Refugee Women and Children, Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers, New York, 2008.

www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Environnement

Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit :

www.reliefweb.int/ochaunep

Kelly C., Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters, Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, London, 2005.

UNHCR and Care International, Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches, Geneva, 2005.

www.unhchr.org/4a97d1039.html

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature, UNHCR Environmental Guidelines, Geneva, 2005.

www.unhcr.org/3b03b2a04.html

Genre

Programme alimentaire mondial (PAM), Politique du PAM en matière de problématique hommes-femmes, 2009.

www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

VIH et sida

CPI-IASC, Directives sur les interventions relatives au VIH dans les situations humanitaires, 2010.

www.aidsandemergencies.org/cms/



Personnes âgées

CPI-IASC, Action humanitaire et Personnes âgées. Informations indispensables pour les acteurs humanitaires, 2008.

HelpAge International : www.helpage.org

ODI, Network paper 53 : Protecting and assisting older people in emergencies, London, 2005.

www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

Performance, suivi et évaluation

ALNAP Annual Review, Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning, London, 2003.

www.alnap.org

ALNAP, Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version), London, 2009.

www.alnap.org

Catley A. et al, Évaluation d'impact participative, Feinstein International Center, Tufts University, 2008.

wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment

Groupe URD, Manuel du COMPAS Qualité, 2009.

www.compasqualite.org/en/index/index.php

OCDE, Conseils pour l'évaluation de l'aide humanitaire apportée dans les situations d'urgence complexes, 1999.

www.oecd.org/dataoecd/11/45/2668696.pdf

Informations complémentaires sur les évaluations (y compris les modules de formation) ainsi que sur les approches en matière d'apprentissage, disponibles sur le site d'ALNAP : www.alnap.org

Ciblage

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Rapport sur les catastrophes dans le monde 2003 — Chapitre 1 : L'éthique humanitaire lors des catastrophes et des guerres, 2003.

UNISDR, Lutter contre les catastrophes, cibler la vulnérabilité, Genève, 2001.

www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pa-camp01-kit-eng.htm

**Standards
minimums sur
l'approvisionnement
en eau,
l'assainissement
et la promotion
de l'hygiène**



Comment utiliser ce chapitre

Ce chapitre est divisé en sept sections principales :

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

Promotion de l'hygiène

Approvisionnement en eau

Évacuation des excréments

Lutte antivectorielle

Gestion des déchets solides

Drainage

Il faut, dans la mise en pratique du présent chapitre, tenir compte systématiquement des principes de protection et des standards essentiels.

Bien que prévus principalement pour guider l'intervention humanitaire en cas de catastrophe, les standards minimums peuvent aussi être pris en considération pendant la préparation aux catastrophes et la période de transition vers les activités de relèvement.

Chaque section comprend les éléments suivants :

- **Les standards minimums** : ils sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimums à atteindre lors d'une intervention humanitaire dans les domaines de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène.
- **Les actions clés** : ce sont les activités suggérées et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les standards.
- **Les indicateurs clés** : ce sont des « signaux » qui indiquent si oui ou non le standard a été atteint. Ils sont un moyen de mesurer et de communiquer les processus et les résultats des actions clés. Ils se rapportent au standard minimum, et non à l'action clé elle-même.
- **Les notes d'orientation** : elles portent sur des points particuliers à prendre en compte lors de l'application des standards minimums, des actions clés et des indicateurs clés dans différentes situations. Elles donnent des orientations pour résoudre les difficultés pratiques, ainsi que des points de repère et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux standards, aux actions ou aux indicateurs, et exposer les dilemmes, controverses ou lacunes subsistant dans l'état actuel des connaissances.

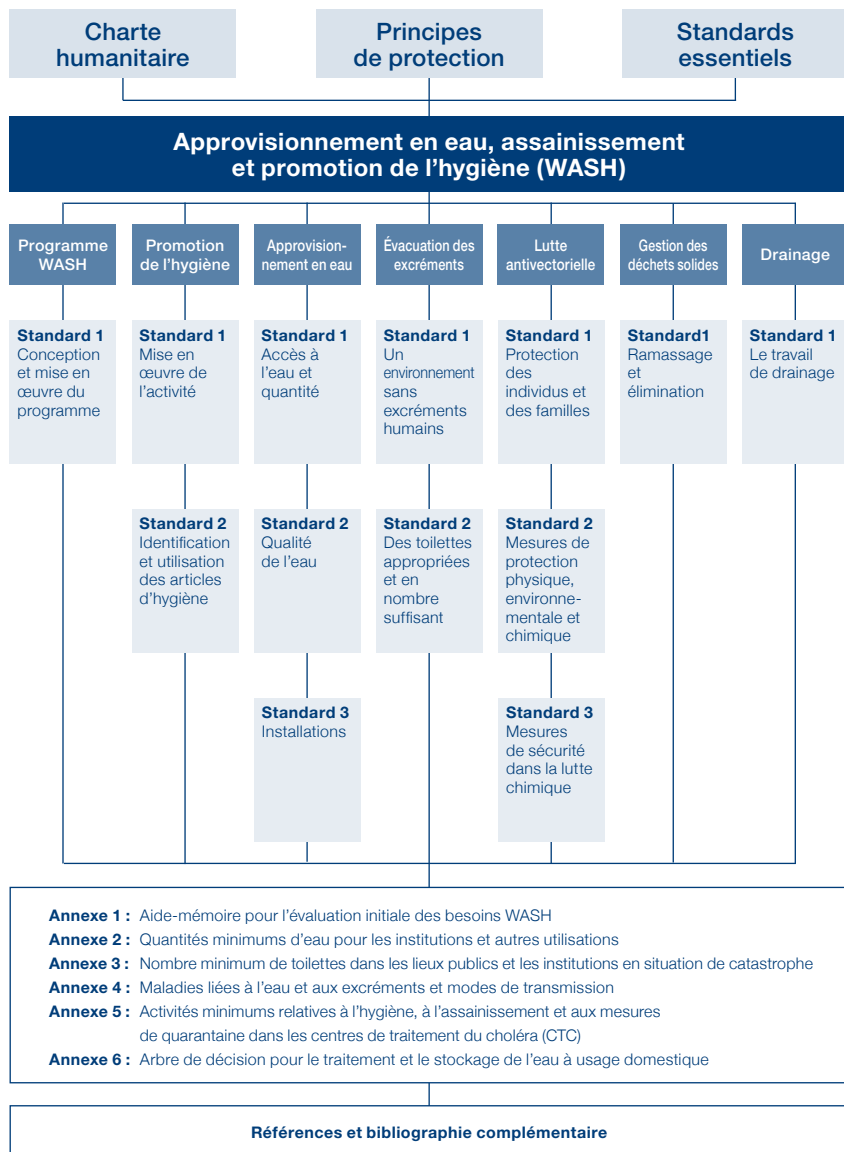
Si les indicateurs clés ne peuvent être atteints ni les actions clés menées, les conséquences néfastes qui en résultent pour la population touchée par une catastrophe doivent être évaluées, et des mesures d'atténuation appropriées doivent être prises.

Un aide-mémoire pour l'évaluation initiale des besoins dans ces domaines est fourni à l'annexe 1 ; des notes d'orientation sont proposées dans les annexes 2 à 6 ; on trouvera aussi en annexe une liste de références et une bibliographie complémentaire renvoyant à des ouvrages sur les questions, tant générales que plus spécifiques, relatives à ce chapitre.

Table des matières

Introduction	95
1. Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (programme WASH)	100
2. Promotion de l'hygiène	103
3. Approvisionnement en eau	110
4. Évacuation des excréments	120
5. Lutte antivectorielle	127
6. Gestion des déchets solides	134
7. Drainage	139
Annexe 1 : Aide-mémoire pour l'évaluation initiale des besoins en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de promotion de l'hygiène	142
Annexe 2 : Quantités minimums d'eau pour les institutions et autres utilisations	147
Annexe 3 : Nombre minimum de toilettes dans les lieux publics et les institutions en situation de catastrophe	148
Annexe 4 : Maladies liées à l'eau et aux excréments et modes de transmission	149
Annexe 5 : Activités minimums relatives à l'hygiène, à l'assainissement et aux mesures de quarantaine dans les centres de traitement du choléra	150
Annexe 6 : Arbre de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique	152
Références et bibliographie complémentaire	153





- Annexe 1 :** Aide-mémoire pour l'évaluation initiale des besoins WASH
- Annexe 2 :** Quantités minimums d'eau pour les institutions et autres utilisations
- Annexe 3 :** Nombre minimum de toilettes dans les lieux publics et les institutions en situation de catastrophe
- Annexe 4 :** Maladies liées à l'eau et aux excréments et modes de transmission
- Annexe 5 :** Activités minimums relatives à l'hygiène, à l'assainissement et aux mesures de quarantaine dans les centres de traitement du choléra (CTC)
- Annexe 6 :** Arbre de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique

Références et bibliographie complémentaire

Introduction

Liens avec la Charte humanitaire et le droit international

Les standards minimums à appliquer en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de promotion de l'hygiène sont une expression concrète des convictions et des engagements que partagent les agences humanitaires, et des principes communs qui régissent l'action humanitaire tels qu'ils sont formulés dans la Charte humanitaire. Fondés sur le principe d'humanité et repris dans le droit international, ces principes sont notamment le droit de vivre dans la dignité, le droit à la protection et à la sécurité, et le droit à une assistance humanitaire fournie selon les besoins. Une liste des documents juridiques et d'orientation essentiels sur lesquels repose la Charte humanitaire est fournie pour référence à l'annexe 1 (page 406), accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires.

Bien qu'il incombe au premier chef aux États de garantir les droits énumérés ci-dessus, les agences humanitaires ont, elles, la responsabilité de veiller à ce que leur travail auprès des populations touchées par une catastrophe se fasse dans le respect de ces droits. De ceux-ci, qui sont de portée générale, en découlent d'autres, plus spécifiques. Il s'agit notamment du droit à la participation, du droit à l'information et du droit à la non-discrimination – qui sous-tendent les standards minimums essentiels –, ainsi que des droits portant plus particulièrement sur l'eau, l'assainissement, l'alimentation, l'abri et la santé, sur lesquels reposent les standards minimums exposés dans ce manuel.

Toute personne a droit à l'eau et à l'assainissement. Ce droit, reconnu dans des instruments juridiques internationaux, implique l'accès à une eau en quantité suffisante, salubre, acceptable, physiquement accessible et financièrement abordable pour l'usage personnel et domestique. Une quantité suffisante d'eau salubre est nécessaire pour empêcher la mort par déshydratation, réduire le risque de maladies liées à l'eau et répondre aux besoins en matière de consommation, de cuisson des aliments et d'hygiène personnelle et domestique.

Le droit à l'eau et à l'assainissement est indissociablement lié à d'autres droits humains, dont le droit à la santé, le droit au logement et le droit à une alimentation suffisante. C'est pour cette raison qu'il fait partie des garanties essentielles à la



survie humaine. Les États et les acteurs non étatiques ont la responsabilité de faire du droit à l'eau et à l'assainissement une réalité. En période de 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.

Les standards minimums qui figurent dans ce chapitre ne sont pas l'expression exhaustive du droit à l'eau et à l'assainissement. Cependant, les standards Sphère reflètent l'essence même de ce droit et contribuent à sa réalisation progressive dans le monde entier.

Importance du programme WASH dans les situations de catastrophe

L'eau et l'assainissement sont des déterminants cruciaux de la survie durant les phases initiales d'une catastrophe. La population affectée est en général beaucoup plus prédisposée aux maladies et au risque de mourir de maladie, ce qui est en grande partie lié à un approvisionnement en eau et un assainissement inadéquats, ainsi qu'à l'incapacité de maintenir de bonnes pratiques d'hygiène. Les plus importantes de ces maladies sont les maladies diarrhéiques et les maladies infectieuses transmises par voie oro-fécale (voir l'annexe 4 : Maladies liées à l'eau et aux excréments et modes de transmission). Parmi les autres maladies liées à l'eau et à l'assainissement figurent celles transmises par des vecteurs associés aux déchets solides et à l'eau. Dans le manuel Sphère, le terme « assainissement » recouvre tout ce qui concerne l'évacuation des excréments, la lutte antivectorielle, l'élimination des déchets solides et le drainage.

Le principal objectif des programmes WASH lors de catastrophes est de réduire la transmission de maladies par voie oro-fécale et l'exposition aux vecteurs de maladies, et ce par les moyens suivants :

- ▶ promotion de bonnes pratiques d'hygiène ;
- ▶ approvisionnement en eau de boisson salubre ;
- ▶ réduction des risques pour la santé liés à l'environnement ;
- ▶ établissement des conditions qui permettront aux personnes de vivre en bonne santé, dans la dignité, le confort et la sécurité.

Le simple fait de fournir un nombre adéquat d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement ne suffira pas, à lui seul, à en assurer l'utilisation optimale ou le meilleur impact possible sur la santé publique. Afin de recueillir le maximum de bénéfices d'une l'intervention, il faut impérativement faire en sorte que les personnes touchées par la catastrophe disposent des informations, des

connaissances et de la compréhension nécessaires pour prévenir les maladies liées à l'eau et à l'assainissement, et pour être motivées à participer à la conception et à l'entretien de ces installations.

Lorsqu'elles utilisent des installations communautaires d'approvisionnement en eau et d'assainissement, par exemple dans les situations de populations réfugiées ou déplacées, les femmes et les filles sont davantage exposées à la violence sexuelle ou à d'autres actes de violence liés au sexe. Afin de réduire ces risques au minimum et de garantir une intervention de meilleure qualité, il est important de faire en sorte que les femmes participent aux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Une participation équitable des femmes et des hommes à la planification, à la prise de décisions et à la gestion locale contribuera à ce que l'ensemble de la population touchée puisse jouir d'un accès sûr et facile aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et à ce que ces services soient appropriés.

Dans une situation de catastrophe, la réponse en termes de santé publique sera d'autant meilleure qu'on s'y sera bien préparé. Cette préparation est la résultante des capacités, relations et connaissances qu'ont pu développer les gouvernements, les agences humanitaires, les organisations locales de la société civile, les communautés et les individus pour anticiper les situations et gérer efficacement des dangers probables et imminents. Elle repose sur une analyse des risques et est étroitement liée aux systèmes d'alerte précoce. La préparation comprend la mise au point de plans d'urgence, la constitution de stocks de matériel et de fournitures, les services d'intervention d'urgence, les dispositifs de mise en alerte, la formation du personnel et la formation à la planification au niveau communautaire, avec exercices d'entraînement.

Liens avec les autres chapitres

Nombre des standards figurant dans les autres chapitres concernent aussi le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des standards d'un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès effectués dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. La coordination avec les autorités locales et les autres agences participant à l'intervention est, elle aussi, nécessaire pour que les besoins soient satisfaits, que les efforts déployés ne fassent pas double emploi, et que la qualité des interventions en matière d'eau et d'assainissement soit optimisée.

Par exemple, lorsque les standards nutritionnels ne sont pas atteints, il devient plus urgent d'améliorer la qualité des services d'approvisionnement en eau et



d'assainissement, car la vulnérabilité des personnes à la maladie aura sensiblement augmenté. Il en va de même pour les populations au sein desquelles la prévalence du VIH/sida est élevée, ou qui comptent une grande proportion de personnes âgées ou handicapées. Les priorités doivent être établies sur la base d'informations solides que les divers secteurs se communiquent au fur et à mesure de l'évolution de la situation. On se référera également, s'il y a lieu, à d'autres standards associés et complémentaires.

Liens avec les principes de protection et les standards essentiels

Pour réaliser les standards énoncés dans ce manuel, toutes les agences humanitaires doivent être guidées par les principes de protection, même si elles n'ont pas spécifiquement un mandat de protection ou ne sont pas spécialisées dans ce domaine. Les principes ne sont pas « absolus » : on sait que les circonstances peuvent limiter la mesure dans laquelle les agences parviennent à les appliquer. Ils sont néanmoins le reflet de préoccupations humanitaires universelles qui doivent guider l'action en tout temps.

Les standards essentiels sont des standards fondamentaux relatifs aux processus et aux personnels, et sont communs à tous les secteurs. Les standards essentiels couvrent l'intervention humanitaire centrée sur les personnes; la coordination et la collaboration; l'évaluation; la conception et l'intervention proprement dite; la performance, la transparence et l'apprentissage; et la performance des travailleurs humanitaires. Ils constituent un point de référence unique pour les modes d'action qui sous-tendent tous les autres standards du manuel. On ne peut donc atteindre les standards spécifiques de chaque chapitre technique sans appliquer en parallèle ces standards essentiels. C'est ainsi que, en particulier, pour qu'une intervention soit pertinente et de qualité, il faut faire participer le plus possible la population affectée, notamment les groupes et les individus qui courent le plus de risques en cas de catastrophe.

Facteurs de vulnérabilité et capacités des populations touchées par une catastrophe

Cette section est conçue pour être utilisée en parallèle avec les standards essentiels et les renforcer.

Il est important de comprendre que le fait d'être jeune ou vieux, d'être une femme, une personne handicapée ou une personne vivant avec le VIH ne rend pas, en

soi, la personne plus vulnérable ni ne l'expose à un risque accru. C'est plutôt la conjonction de plusieurs facteurs qui a cet effet. Ainsi, une personne de plus de 70 ans vivant seule et en mauvaise santé sera sans doute plus vulnérable qu'une personne du même âge dans le même état de santé mais vivant au sein d'une famille élargie et jouissant de revenus suffisants. De la même manière, une petite fille de 3 ans est beaucoup plus vulnérable si elle est non accompagnée que si elle pouvait bénéficier des soins de parents responsables.

Tandis que les standards d'un programme WASH sont appliqués et les actions clés mises en œuvre, une analyse des facteurs de vulnérabilité et des capacités permet de faire en sorte que les efforts déployés dans l'intervention aident sans discrimination celles et ceux qui ont droit à une assistance et qui en ont le plus besoin. Ceci exige une bonne connaissance du contexte local et de la façon dont telle ou telle situation de crise a des conséquences différentes selon les groupes de personnes touchés, en raison de facteurs de vulnérabilité préexistants (par exemple leur extrême pauvreté ou une situation de discrimination), de leur exposition à diverses menaces pour leur sécurité (par exemple, actes de violence liés au sexe, dont l'exploitation sexuelle), de l'incidence et de la prévalence de diverses maladies (maladie à VIH ou tuberculose, notamment) et des risques d'épidémies (comme la rougeole ou le choléra). Les catastrophes peuvent exacerber les inégalités préexistantes. En fait, il est essentiel de soutenir les stratégies d'adaptation, la résilience et la capacité de récupération des gens. Il faut encourager leurs connaissances, leur savoir-faire et leurs stratégies, et s'attacher à ce qu'ils aient accès à des services d'appui social, juridique, financier et psychosocial. Il faut en outre les aider à surmonter les divers obstacles physiques, culturels, économiques et sociaux qui peuvent les empêcher d'avoir un accès équitable à ces services.

Ci-après quelques mesures importantes visant à ce que les droits et les capacités de toutes les personnes vulnérables soient dûment pris en compte :

- ▶ optimiser la participation de sorte qu'elle englobe tous les groupes représentatifs, en particulier ceux qui sont les moins visibles (comme les personnes ayant des difficultés à communiquer ou à se déplacer, celles qui vivent en institution, les jeunes ostracisés et d'autres groupes sous-représentés, voire pas du tout représentés) ;
- ▶ ventiler les données par sexe et par âge (de 0 à 80 ans et au-delà) au cours de l'évaluation – élément important pour que le secteur WASH prenne bien en compte la diversité des populations ;
- ▶ veiller à ce que tous les membres de la communauté soient informés de leur droit de savoir à quoi ils ont droit, et ce de manière complète et accessible.

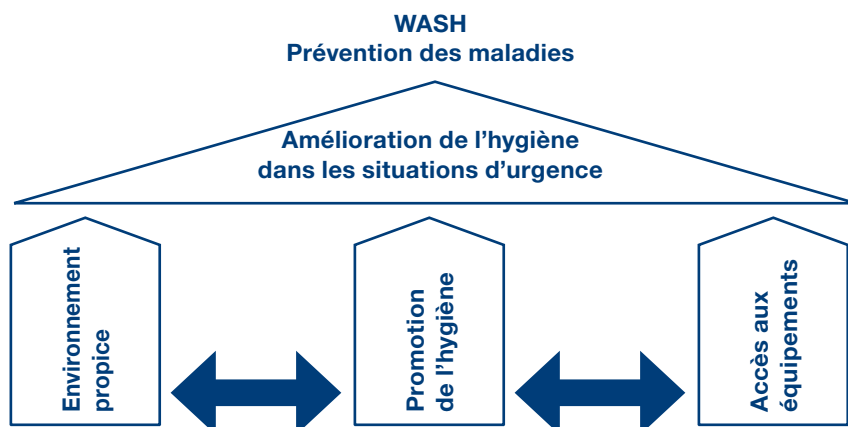


Les standards minimums

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

Le but de tout programme WASH est de promouvoir une bonne hygiène personnelle et environnementale afin de protéger la santé, comme le montre le schéma ci-dessous. Pour être efficace, un programme WASH s'appuie sur un échange d'informations entre l'agence concernée et la communauté touchée par une catastrophe, échange visant à identifier les principaux problèmes d'hygiène et à trouver des solutions culturellement appropriées. C'est en assurant l'utilisation optimale de toutes les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement et en veillant à une bonne hygiène que l'on aura le plus grand impact sur la santé publique.

La promotion de l'hygiène est vitale pour le succès des interventions WASH. L'attention prioritaire à lui accorder est à la fois générale et spécifique. D'une manière générale, la promotion de l'hygiène fait partie intégrante de toutes les sections ; on la retrouve dans les indicateurs relatifs à l'approvisionnement en eau, à l'évacuation des excréments, à la lutte antivectorielle, à la gestion des déchets solides et au drainage. L'accent est mis plus précisément, dans ce chapitre, sur deux standards de promotion de l'hygiène et sur les activités correspondantes.



Standard 1 sur le programme WASH : conception et mise en œuvre du programme

Les besoins relatifs à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et à la promotion de l'hygiène dans une population touchée par une catastrophe sont satisfaits et, le cas échéant, les utilisateurs sont associés à la conception, à la gestion et à l'entretien des installations.

Actions clés (à lire conjointement avec la note d'orientation)

- ▶ Identifier les risques majeurs pour la santé publique, en consultation avec la communauté touchée par la catastrophe (voir la note d'orientation 1 et les standards essentiels 1, 3 et 4, pages 62, 69 et 75).
- ▶ Prévoir les besoins de cette communauté en matière de santé publique et y répondre, en tenant compte des besoins prioritaires (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Solliciter systématiquement les réactions des différents groupes d'utilisateurs sur la conception et l'acceptabilité des installations, ainsi que sur les méthodes de promotion, et ce, pour chaque activité du programme WASH (voir les standards essentiels 1, 3 et 4, pages 62, 69 et 75).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec la note d'orientation)

- ▶ Tous les groupes de population ont un accès sûr et équitable aux ressources et aux installations WASH ; ils les utilisent et font ce qu'il faut afin de limiter les risques pour la santé publique (voir le standard 2 sur la promotion de l'hygiène, page 107).
- ▶ Tout le personnel WASH communique de manière claire et respectueuse avec les personnes touchées par la catastrophe, partage avec elles en toute franchise les informations relatives au projet et sait comment répondre aux questions de membres de la communauté sur le projet.
- ▶ Un système a été mis en place pour la gestion et l'entretien des installations en fonction des besoins, et les différents groupes apportent leur contribution de manière équitable (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Tous les utilisateurs sont satisfaits de la conception et de la mise en œuvre du programme WASH, qui leur apporte plus de sécurité et restaure leur dignité.



Note d'orientation

1. **Évaluation des besoins** : il faut recenser les pratiques à risque qui pourraient augmenter la vulnérabilité, et évaluer dans quelle mesure la mise en place d'installations WASH et les activités de promotion de l'hygiène ont des chances de donner les résultats voulus. Les principaux risques auront probablement trait à la sécurité physique lors de l'accès aux installations, à la discrimination d'accès contre des groupes marginalisés, à l'utilisation et l'entretien des toilettes, au non-lavage des mains avec du savon ou un produit de substitution, et au manque d'hygiène en matière de collecte et de stockage de l'eau, ainsi que de stockage et de préparation des aliments. L'évaluation doit permettre d'identifier les ressources dont la population dispose, ainsi que les connaissances et pratiques locales, si l'on veut que les activités de promotion soient utiles, réalisables et suivies d'effet. Les normes sociales et culturelles susceptibles de faciliter ou de compromettre le respect de bonnes pratiques d'hygiène seront prises en compte dans l'évaluation initiale et l'évaluation continue. L'évaluation accordera une attention spéciale aux besoins des groupes vulnérables. S'il est impossible de demander l'avis d'un de ces groupes, il faudra le mentionner clairement dans le rapport d'évaluation et y remédier dès que possible (voir le standard essentiel 3, page 69).

2. Promotion de l'hygiène

La promotion de l'hygiène est une démarche planifiée et systématique qui doit permettre à chacun de prendre les mesures nécessaires pour prévenir ou limiter le risque de maladies liées à l'eau, à l'assainissement ou au manque d'hygiène. Elle offre aussi un moyen pratique de mobiliser la participation communautaire et le sens des responsabilités, et d'assurer le suivi du programme WASH. Toute action de promotion de l'hygiène doit mettre à profit les connaissances, les pratiques et les ressources de la population touchée par une catastrophe, ainsi que l'ensemble des données dont dispose le programme WASH, afin que l'on puisse décider de la meilleure façon de protéger la santé publique.

La promotion de l'hygiène consiste notamment à s'assurer que les personnes concernées font le meilleur usage des installations et services fournis en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène. Elle comprend aussi le bon fonctionnement et l'entretien des installations. Elle repose sur trois facteurs clés :

1. l'échange d'informations et de connaissances ;
2. la mobilisation des communautés touchées ;
3. la fourniture du matériel et des installations indispensables.

La mobilisation des communautés est particulièrement indiquée en cas de catastrophe, car il est prioritaire d'encourager les gens à prendre les mesures nécessaires pour protéger leur santé. Autant que possible, les activités de promotion s'appuieront sur des méthodes interactives, plutôt que de se limiter à la diffusion de messages à grande échelle.



Standard 1 sur la promotion de l'hygiène : mise en œuvre de l'activité

Les hommes et femmes de tous âges ainsi que les enfants touchés par une catastrophe connaissent les principaux risques pour la santé publique. Ils sont mobilisés pour prendre des mesures visant à prévenir la dégradation des conditions d'hygiène, et pour utiliser et entretenir les installations qui leur sont fournies.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Donner systématiquement toute information relative aux risques liés à un manque d'hygiène et aux mesures de prévention, en utilisant tous les moyens de communication de masse appropriés (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Identifier les facteurs sociaux, culturels ou religieux spécifiques susceptibles de motiver différents groupes sociaux au sein de la communauté, et les utiliser comme base d'une stratégie de communication sur la promotion de l'hygiène (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Utiliser, quand c'est possible, des méthodes de communication interactive sur les questions d'hygiène afin d'entretenir en permanence dialogue et discussions avec la population touchée par la catastrophe (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Effectuer, en partenariat avec la communauté touchée, un suivi régulier des principales pratiques d'hygiène et de l'utilisation des installations fournies (voir la note d'orientation 3 et le standard essentiel 5, notes d'orientation 1, 3, 4 et 5, pages 80 et 81).
- ▶ Négocier avec la population et les principales parties prenantes pour définir les conditions d'emploi des agents de mobilisation communautaire (voir la note d'orientation 5).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les groupes d'utilisateurs sont en mesure d'expliquer et de montrer ce qu'ils ont fait pour prévenir la détérioration des conditions d'hygiène (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Toutes les installations fournies sont utilisées correctement et entretenues régulièrement.

- ▶ Tout le monde se lave les mains après avoir déféqué, après avoir nettoyé les fesses d'un enfant, avant de manger et avant de préparer la nourriture (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Toutes les activités et tous les messages relatifs à la promotion de l'hygiène prennent en compte les principaux comportements et idées fausses, et s'adressent à tous les groupes d'utilisateurs (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Des représentants de tous les groupes d'utilisateurs participent à la planification, à la formation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du travail de promotion de l'hygiène (voir les notes d'orientation 1 à 6 et le standard essentiel 1, notes d'orientation 1 à 5, pages 63 à 65).
- ▶ Les personnes s'occupant de jeunes enfants et de nourrissons disposent des moyens d'éliminer en toute sécurité les selles des enfants (voir le standard 1 sur l'évacuation des excréments, page 120, et la note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. **Cibler les risques prioritaires et les comportements en matière d'hygiène** : l'évaluation des risques et des tâches et responsabilités des différents groupes en matière d'hygiène permettra de mieux comprendre la situation, et donc de mieux planifier et hiérarchiser les mesures d'assistance. Ainsi, le flux d'information entre les acteurs humanitaires et les populations touchées par une catastrophe sera correctement ciblé et les éventuels malentendus ou idées fausses seront corrigés.
2. **Toucher tous les segments de la population** : dans les premiers temps d'une catastrophe, il peut s'avérer nécessaire d'avoir recours aux médias pour que le plus grand nombre possible de personnes reçoivent les informations importantes sur la manière de limiter les risques pour la santé. Des matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) différents cibleront les différents groupes et leur seront transmis par les voies appropriées, afin que l'information atteigne tous les membres de la population. Ceci est particulièrement important pour les personnes qui ne savent pas lire, ont des difficultés de communication ou n'ont pas accès à la radio ni à la télévision. Dans ce cas, des moyens de communication populaire (pièces de théâtre, chansons, théâtre de rue, danse, etc.) peuvent aussi se révéler efficaces. La coordination avec le groupe sectoriel Éducation permettra de tirer parti des opportunités qui existent pour mener des activités de promotion de l'hygiène dans les écoles.
3. **Méthodes interactives** : du matériel et des méthodes participatifs et culturellement appropriés permettent aux personnes touchées par une catastrophe de planifier les mesures d'amélioration de l'hygiène qui les concernent et d'en assurer le suivi. Cela leur offre également la possibilité



de formuler des suggestions ou de faire part de doléances à propos du programme, le cas échéant. La planification des activités de promotion de l'hygiène doit être culturellement appropriée. Ces activités doivent être menées par des facilitateurs possédant les caractéristiques et les compétences nécessaires pour travailler avec des groupes qui peuvent avoir des croyances et des modes de vie différents des leurs (par exemple, dans certaines cultures, il n'est pas acceptable que les femmes adressent la parole à des hommes qu'elles ne connaissent pas).

4. **Surcharge** : il importe de s'assurer que la responsabilité des activités de promotion de l'hygiène ou la gestion de ces activités ne pèsent pas trop lourdement sur un groupe particulier (les femmes, par exemple) au sein de la population touchée. Des avantages tels que des possibilités de formation ou d'emploi devraient être offerts aux femmes, aux hommes et aux groupes marginalisés.
5. **Conditions d'emploi des agents de mobilisation communautaire** : le recours à des agents de proximité ou à des visiteurs à domicile permet d'accroître l'interaction avec un nombre important de personnes, mais ces agents ont besoin d'aide pour développer leurs compétences en tant que facilitateurs. Dans le cas d'un camp de personnes touchées par une catastrophe par exemple, il faut compter, à titre indicatif, deux agents de promotion de l'hygiène ou de mobilisation communautaire pour 1 000 personnes. Les agents de mobilisation communautaire peuvent aussi être employés comme travailleurs journaliers, sur une base contractuelle ou bénévole, dans le respect de la législation nationale. La question de savoir s'ils doivent être rémunérés ou travailler comme volontaires doit être discutée avec la population touchée, avec les organismes d'exécution et entre les différents groupes sectoriels afin d'éviter de créer des tensions et de compromettre à long terme la durabilité des systèmes déjà en place.
6. **Motiver les différents groupes à agir** : il est important de comprendre que la santé n'est pas forcément le principal facteur incitatif qui amènera des changements de comportement. La protection de l'intimité, la sécurité, la commodité, le respect des normes religieuses et culturelles, le statut social et l'estime peuvent être des moteurs plus puissants que la promesse d'une meilleure santé. Ces facteurs déclenchants doivent être pris en compte lorsque l'on conçoit des activités de promotion, et être intégrés dans la conception et le choix de l'emplacement des installations, en collaboration avec les ingénieurs. L'accent ne doit pas être mis seulement sur les changements individuels de comportement, mais aussi sur la mobilisation sociale et le travail en groupes.

Standard 2 sur la promotion de l'hygiène : identification et utilisation des articles d'hygiène

La population touchée par une catastrophe a accès aux articles d'hygiène nécessaires ; elle aide à en dresser la liste et à faire la promotion de leur utilisation pour assurer une bonne hygiène personnelle, ainsi que la santé, la dignité et le bien-être de chacun.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Consulter tous les hommes et les femmes de tous âges ainsi que les enfants sur les articles d'hygiène dont ils ont besoin en priorité (voir les notes d'orientation 1, 3 et 4).
- ▶ Entreprendre en temps voulu la distribution d'articles d'hygiène qui répondent aux besoins immédiats de la communauté (voir les notes d'orientation 2 et 3).
- ▶ Assurer un suivi après la distribution des articles d'hygiène, pour évaluer l'usage qui en a été fait et la satisfaction des bénéficiaires (voir les notes d'orientation 3 et 5).
- ▶ Étudier et évaluer le recours à des solutions de substitution à la distribution d'articles d'hygiène, par exemple des distributions d'argent liquide, de bons d'achat ou d'articles non alimentaires (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat, page 232).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les hommes, les femmes et les enfants ont accès à des articles d'hygiène, et ceux-ci sont utilisés de manière efficace pour garantir la santé, la dignité et le bien-être (voir les notes d'orientation 1, 7 et 9).
- ▶ Toutes les femmes et les filles pubères ont accès à des articles appropriés d'hygiène féminine, après consultation de la population touchée par la catastrophe (voir les notes d'orientation 5 et 8).
- ▶ Les hommes, les femmes et les enfants ont tous accès aux informations et à une formation relatives à l'utilisation sans danger des articles d'hygiène qui ne leur seraient pas familiers (voir la note d'orientation 5).
- ▶ L'information relative aux horaires, aux lieux, aux listes des produits et aux groupes cibles pour la distribution d'articles non alimentaires est mise à la disposition de la population touchée par la catastrophe (voir les notes d'orientation 3 à 5).



- La sécurité des communautés affectées et du personnel reste une préoccupation prioritaire lors de l'organisation d'une distribution d'articles non alimentaires (voir le principe de protection 1, notes d'orientation 1 à 3, pages 38 et 39).

Notes d'orientation

- Articles d'hygiène de base** : un kit d'articles d'hygiène de base comprend des récipients à eau (seaux), du savon de toilette et de lessive, et des articles d'hygiène féminine.

Liste des articles d'hygiène de base

Récipient à eau d'une capacité de 10 à 20 l pour le transport	Un par famille
Récipient à eau d'une capacité de 10 à 20 l pour le stockage	Un par famille
250 g de savon de toilette	Un par personne et par mois
200 g de savon de lessive	Un par personne et par mois
Articles appropriés pour l'hygiène menstruelle, p. ex. en coton lavable	Un lot par personne

- Coordination** : il convient de discuter avec le groupe sectoriel Abris et avec la population touchée par la catastrophe de la nécessité ou non de fournir des articles non alimentaires supplémentaires, comme des couvertures, qui ne figurent pas dans la liste des articles d'hygiène de base (voir le standard 1 sur les articles non alimentaires, page 310).
- Distribution des articles d'hygiène en temps voulu** : si l'on veut que la population affectée puisse disposer d'articles d'hygiène sans délai, il peut s'avérer nécessaire de distribuer certains articles de base (savon, jerrycans, etc.) sans attendre d'avoir recueilli l'accord de la communauté concernée, et de s'entendre sur le contenu des distributions ultérieures après consultation.
- Besoins prioritaires** : certaines personnes peuvent décider de vendre les articles qui leur ont été fournis si l'on ne répond pas suffisamment à leurs besoins prioritaires ; il faut donc tenir compte des moyens de subsistance de ces personnes lorsqu'on planifie les distributions.
- Articles appropriés** : il faut veiller à ne pas prescrire d'articles qui pourraient ne pas être utilisés parce que mal connus ou qui pourraient être utilisés de façon erronée (par exemple, des articles pouvant être pris pour des

produits alimentaires). Lorsque c'est culturellement approprié ou préférable, recommander une poudre à lessive plutôt que du savon de lessive.

6. **Réapprovisionnement** : il faut prévoir de réapprovisionner en produits de consommation lorsque nécessaire.
7. **Besoins particuliers** : les personnes ayant des besoins spécifiques (parce qu'elles sont incontinentes ou souffrent de diarrhées sévères, par exemple) peuvent avoir besoin de plus grandes quantités d'articles d'hygiène personnelle comme le savon. Les personnes handicapées ou alitées peuvent avoir besoin d'articles supplémentaires comme des bassins hygiéniques ; d'autres articles peuvent nécessiter une adaptation pour usage sanitaire (chaise/tabouret percé).
8. **Hygiène féminine** : il faut prévoir le lavage ou l'élimination discrets des articles d'hygiène féminine.
9. **Articles supplémentaires** : les pratiques sociales et culturelles existantes peuvent conduire à ajouter d'autres articles d'hygiène personnelle. Sous réserve de disponibilité, les articles suivants (quantité par personne et par mois) peuvent être fournis :
 - 75 ml/100 g de dentifrice
 - une brosse à dents
 - 250 ml de shampooing
 - 250 ml de lotion pour nouveau-nés et enfants jusqu'à 2 ans
 - un rasoir jetable
 - des sous-vêtements pour les femmes et les filles pubères
 - une brosse à cheveux et/ou un peigne
 - un coupe-ongles
 - des langes (couches) et des pots pour jeunes enfants (selon les besoins des ménages)



3. Approvisionnement en eau

L'eau est indispensable à la vie, à la santé et à la dignité humaine. Dans des situations extrêmes, il peut ne pas y avoir suffisamment d'eau disponible pour pourvoir aux besoins essentiels. Il est alors crucial de fournir une quantité suffisante d'eau potable pour assurer la survie. Dans la plupart des cas, les principaux problèmes de santé sont causés par un manque d'hygiène dû à un approvisionnement insuffisant en eau et à la consommation d'eau contaminée.

Standard 1 sur l'approvisionnement en eau : accès à l'eau et quantité

Toutes les personnes ont un accès sûr et équitable à l'eau, en quantité suffisante pour couvrir les besoins en boisson, cuisson des aliments et hygiène personnelle et domestique. Les points d'eau publics sont situés suffisamment près des ménages pour leur permettre d'utiliser le minimum d'eau requis.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Identifier les sources d'approvisionnement en eau les mieux adaptées à la situation, en tenant compte des facteurs de quantité et d'impact environnemental sur ces sources (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Établir les priorités et assurer un approvisionnement en eau qui réponde aux besoins de la population touchée par la catastrophe (voir les notes d'orientation 2 et 4).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ La quantité moyenne d'eau utilisée pour la boisson, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle dans un ménage est d'au moins 15 litres par personne et par jour (voir les notes d'orientation 1 à 7).
- ▶ La distance maximum séparant tout ménage du point d'eau le plus proche est de 500 mètres (voir les notes d'orientation 1,2, 5 et 6).
- ▶ Le temps passé à faire la queue au point d'eau ne dépasse pas 30 minutes (voir la note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. **Choix des sources d'eau** : les facteurs à prendre en compte sont la disponibilité, la proximité et la durabilité d'une quantité suffisante d'eau, si oui ou non il est nécessaire de traiter l'eau, et la faisabilité de ce choix eu égard notamment à l'existence de facteurs sociaux, politiques ou juridiques éventuels concernant la source. En général, l'approvisionnement à partir de la nappe phréatique ou l'approvisionnement par gravité à partir de sources naturelles sont préférables, car ils requièrent moins de traitement et n'exigent pas de pompage. Les situations de catastrophe demandent souvent une combinaison d'approches et de sources durant la phase initiale. Toutes les sources doivent faire l'objet d'un suivi régulier pour éviter leur surexploitation.
2. **Besoins** : les quantités d'eau nécessaires à l'usage domestique dépendent du contexte et peuvent varier selon le climat, les installations sanitaires disponibles, les habitudes des gens, leurs pratiques religieuses et culturelles, les aliments qu'ils préparent, les vêtements qu'ils portent, etc. Plus le logement est proche du point d'eau, plus la consommation d'eau a tendance à augmenter. Quand c'est possible, on peut dépasser une quantité de 15 litres par personne et par jour pour se conformer à une norme locale qui serait plus élevée.

Besoins de base en eau pour assurer la survie

Besoins pour assurer la survie : boisson et alimentation	2,5 à 3 l par jour	Varié selon le climat et la physiologie individuelle
Pratiques d'hygiène de base	2 à 6 l par jour	Varié selon les normes sociales et culturelles
Besoins de base pour la cuisine	3 à 6 l par jour	Varié selon le type d'aliments et les normes sociales et culturelles
Total des besoins de base en eau	7,5 à 15 l par jour	

Pour des indications relatives aux quantités minimums d'eau nécessaires pour les institutions, notamment, voir l'annexe 2 : Quantités minimums d'eau pour les institutions et autres utilisations. Concernant les besoins en eau pour l'élevage dans les situations d'urgence, voir Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (Livestock Emergency Guidelines and Standards, LEGS), dans Références et bibliographie complémentaire.



3. **Mesure** : les enquêtes auprès des ménages ainsi que l'observation et les groupes de discussion communautaires constituent, pour la collecte de données concernant l'utilisation et la consommation d'eau, des méthodes plus efficaces que la mesure du volume d'eau pompée dans le réseau d'eau courante ou par les pompes manuelles.
4. **Quantité et couverture** : dans les situations de catastrophe et en attendant que les normes minimums relatives à la quantité et à la qualité de l'eau soient atteintes, on assurera en priorité un accès équitable à une quantité suffisante d'eau, même si elle est de qualité moyenne. Les personnes touchées par une catastrophe présentent une vulnérabilité sensiblement accrue face à la maladie. Les indicateurs relatifs à la quantité et à l'accessibilité de l'eau doivent donc être respectés, même s'ils dépassent les normes de la population affectée ou de la population d'accueil. Il faut veiller particulièrement à répondre aux besoins des personnes qui, en raison de leur état de santé, doivent avoir une quantité d'eau supplémentaire, par exemple les personnes vivant avec le VIH/sida. En cas de sécheresse, on fera en sorte de répondre aux besoins en eau du bétail et des cultures. Afin d'éviter de susciter une quelconque hostilité, il est recommandé de veiller à ce que la couverture d'approvisionnement en eau et d'assainissement prenne en compte de manière égale les besoins de la population d'accueil et ceux de la population affectée (voir l'annexe 2 : Quantités minimums d'eau pour les institutions et autres utilisations).
5. **Nombre maximum de personnes par source d'eau** : le nombre de personnes par source dépend du débit et de la disponibilité de l'eau à chaque source. À titre indicatif, il faut compter de la manière suivante :

250 personnes par robinet	sur la base d'un débit de 7,5 l/min
500 personnes par pompe manuelle	sur la base d'un débit de 17 l/min
400 personnes par puits ouvert à utilisateur unique	sur la base d'un débit de 12,5 l/min

Ces chiffres se basent sur l'hypothèse que le point d'eau n'est accessible qu'environ huit heures par jour, à débit constant ; si l'accès est possible plus longtemps, les personnes peuvent collecter plus que la quantité minimum journalière de 15 litres. Il faut utiliser ces valeurs cibles avec prudence, car le fait qu'elles soient atteintes ne garantit pas forcément une quantité minimum d'eau ni un accès équitable.

6. **Temps passé à faire la queue** : si le temps passé à faire la queue est excessif, cela indique que l'eau disponible est insuffisante, soit du fait d'un nombre trop faible de points d'eau, soit à cause d'un débit insuffisant. Les

résultats négatifs potentiels d'une attente excessive sont la réduction de la consommation par personne, l'augmentation de la consommation d'eau provenant de sources de surface non protégées, et le fait que les personnes chargées de collecter l'eau ont moins de temps disponible pour d'autres occupations essentielles à leur survie.

- 7. Accès et équité :** même si une quantité suffisante d'eau est disponible pour pourvoir aux besoins minimums, il faudra peut-être prendre des mesures supplémentaires pour que tous les groupes y aient un accès équitable. Les points d'eau doivent se situer dans des zones accessibles à tous, indépendamment du sexe ou de l'ethnie, par exemple. Des pompes manuelles et des récipients pour le transport de l'eau devront éventuellement être conçus ou adaptés pour pouvoir être utilisés par les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes âgées ou handicapées et les enfants. Dans les situations où l'eau est rationnée ou pompée à certains moments seulement, il faudra planifier ceci en consultant les utilisateurs, y compris les femmes.

Standard 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 cuisson des aliments et l'hygiène personnelle et domestique, sans que cela comporte de risques pour la santé.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Mener rapidement une enquête sanitaire et, si le temps et la situation le permettent, mettre en œuvre un plan de salubrité de l'eau pour la source (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire au minimum les risques de contamination de l'eau après collecte au point d'arrivée (voir les notes d'orientation 3 et 4 et le standard 1 sur la promotion de l'hygiène, page 104).
- ▶ Pour l'approvisionnement en eau courante et tous les approvisionnements en eau lorsqu'il y a un risque d'épidémie de maladies diarrhéiques, traiter l'eau au désinfectant de manière à avoir une concentration de chlore résiduel de 0,5 mg/l et un degré de turbidité inférieur à 5 UTN (unités de turbidité néphélométrique) au robinet. En cas de maladies diarrhéiques spécifiques, veiller à ce que la concentration de chlore résiduel soit supérieure à 1mg/l (voir les notes d'orientation 5 à 8).
- ▶ Quand un traitement de l'eau est proposé aux ménages, veiller à ce qu'il soit accompagné d'activités de promotion, de formation et de suivi appropriées (voir les notes d'orientation 3 et 6).



Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Il n'y a aucun coliforme fécal par 100 ml aux points d'arrivée et d'utilisation (voir les notes d'orientation 2 et 4 à 7).
- ▶ Toutes les mesures de traitement de l'eau dans les ménages améliorent efficacement la qualité microbiologique de l'eau et sont accompagnées d'activités appropriées de formation, de promotion et de suivi (voir les notes d'orientation 3 à 6).
- ▶ Il n'y a aucun effet négatif sur la santé suite à l'utilisation à court terme d'eau contaminée par des produits chimiques (y compris des résidus de produits chimiques de traitement) ou radiologiques, et les évaluations ne mettent pas en évidence de probabilité significative de ce type d'effet (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Toutes les personnes touchées par la catastrophe préfèrent boire l'eau provenant d'une source protégée ou traitée plutôt que l'eau d'autres sources plus faciles d'accès (voir les notes d'orientation 3 et 6).
- ▶ On n'observe aucune apparition de maladies d'origine hydrique ou liées à l'eau (voir les notes d'orientation 1 à 9).

Notes d'orientation

1. **Enquête sanitaire et plan de salubrité de l'eau** : une enquête sanitaire est une évaluation des conditions et des pratiques pouvant constituer un risque pour la santé publique. Elle englobe les causes possibles de contamination de l'eau à la source, en cours de transport et au sein du ménage, ainsi que les pratiques de défécation, les systèmes de drainage et la gestion des déchets solides. L'établissement d'une cartographie communautaire est une manière particulièrement efficace de repérer où se situent les risques pour la santé publique. Il favorise en outre la participation de la communauté à la recherche des moyens de réduire ces risques. On notera que, si les excréments d'animaux ne sont pas aussi nocifs que les excréments humains, ils peuvent cependant contenir des organismes du type cryptosporidium, giardia, salmonelle, campylobacter, calcivirus ou autres organismes communs à l'origine de diarrhées humaines, et ils présentent donc vraiment un risque significatif pour la santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande d'utiliser son plan de salubrité de l'eau (Water Safety Plan, WSP), qui propose une approche globale du problème : identification du danger et estimation du risque, plan d'amélioration ou de modernisation, suivi des mesures de contrôle et procédures de gestion, y compris la mise en place de programmes d'appui (voir Références et bibliographie complémentaire).

2. **Qualité microbiologique de l'eau** : 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, l'eau devra être traitée.
3. **Promotion de la protection des sources** : le simple fait de mettre à disposition des sources protégées ou de l'eau traitée n'aura guère d'impact si les bénéficiaires ne comprennent pas les avantages de cette eau pour leur santé et, donc, ne l'utilisent pas. Ils 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, par exemple. Dans ce cas, les techniciens et les agents de promotion de l'hygiène et de mobilisation communautaire doivent comprendre les raisons de ces préférences, pour que les messages de promotion et les discussions les prennent en compte.
4. **Contamination post-arrivée** : une eau salubre au point d'arrivée peut néanmoins présenter un risque important pour la santé du fait de sa recontamination éventuelle durant la collecte, le stockage et le prélèvement. Parmi les mesures qui peuvent être prises pour réduire ces risques au minimum figurent l'amélioration des pratiques de collecte et de stockage, et la distribution de récipients propres et appropriés à cet effet (voir le standard 3 sur l'approvisionnement en eau, page 117). Des échantillons d'eau doivent être contrôlés régulièrement au point d'utilisation, pour évaluer l'étendue de toute contamination post-arrivée.
5. **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 sera influencé par les conditions de vie dans l'habitat, comme la densité démographique, les dispositions pour l'évacuation des excréments, les pratiques en matière d'hygiène et la prévalence des maladies diarrhéiques. En cas de risque ou d'existence d'une épidémie de diarrhée, toute l'eau de boisson sera traitée, soit avant sa distribution, soit au sein du ménage. Pour que l'eau puisse être désinfectée correctement, la turbidité doit être inférieure à 5 UTN, bien qu'à court terme, dans une situation d'urgence, il soit possible de désinfecter une eau présentant un degré plus élevé de turbidité par une double dose de chlore après filtration pour réduire le degré de turbidité (voir l'annexe 6 : Arbre de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique).
6. **Traitement de l'eau dans les ménages** : quand un système de traitement centralisé de l'eau n'est pas possible, on peut décider de traiter l'eau au point



d'utilisation dans les ménages. Différentes méthodes de traitement de l'eau au point d'utilisation se sont avérées réduire le risque de diarrhée et améliorer la qualité microbiologique de l'eau stockée dans le ménage : ébullition, chloration, désinfection solaire, par filtration sur céramique, par filtration lente sur sable et par floculation/désinfection. Le choix de la méthode la plus appropriée dépend de l'état des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de la qualité de l'eau, de l'acceptabilité culturelle et de la faisabilité de la mise en œuvre de cette méthode. Quelle que soit l'option choisie, le succès de la mise en œuvre dépendra de la fourniture du matériel et des produits nécessaires, et de l'apport de la formation adéquate aux bénéficiaires. Dans une situation de catastrophe, il faut éviter de mettre en place une solution de traitement de l'eau qui n'aurait pas été testée. Dans les zones à risque, il faut envisager le prépositionnement des produits, car cela accélérera l'intervention en cas de nécessité. Il faut choisir de préférence des produits disponibles localement si l'on souhaite que leur utilisation se poursuive après la catastrophe. Pour qu'un système de traitement de l'eau au point d'utilisation soit efficace, il faut qu'il puisse bénéficier d'un suivi, d'une surveillance et d'un soutien réguliers. Ceci devrait être un préalable à l'adoption de cette formule en tant que solution alternative de traitement de l'eau.

7. **Traitement au chlore au point d'utilisation** : il est envisageable d'utiliser une double dose de chlore pour combattre une turbidité excessive là où il n'y a pas d'autre source d'eau disponible. Cela n'est cependant applicable que pour de courtes périodes et après avoir instruit les utilisateurs sur la manière de réduire la turbidité par filtration, repos et décantage avant le traitement (voir l'annexe 6 : Arbre de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique).
8. **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, ces risques seront évalués rapidement au moyen d'une analyse chimique. Il faudra alors prendre une décision qui mette en balance les risques et les avantages à court terme pour la santé publique. La décision d'utiliser de l'eau potentiellement contaminée pour l'approvisionnement à plus long terme ne pourra être prise que sur la base d'une évaluation et d'une analyse plus approfondies des conséquences possibles pour la santé.
9. **Palatabilité** : le goût ne pose pas en lui-même un problème direct pour la santé (par exemple, de l'eau légèrement saline), mais si l'eau salubre fournie n'a pas un goût agréable, il se peut que les utilisateurs boivent de l'eau provenant de sources à risque et mettent ainsi leur santé en danger.

Pour éviter cette situation, on mènera des activités de promotion de l'hygiène visant à ce que seules des sources d'eau salubres soient utilisées.

- 10. Qualité de l'eau pour les centres de santé :** toute l'eau fournie aux hôpitaux, aux centres de santé et aux centres d'alimentation doit être traitée au moyen de chlore ou d'un autre désinfectant à effet rémanent. Dans les situations où l'eau risque d'être rationnée à cause d'une interruption de l'approvisionnement, le centre disposera de suffisamment de moyens de stockage pour garantir un approvisionnement ininterrompu sur la base du niveau normal d'utilisation (voir l'annexe 2 : Quantités minimums d'eau pour les institutions et autres utilisations, et l'annexe 5 : Activités minimums relatives à l'hygiène, à l'assainissement et aux mesures de quarantaine dans les centres de traitement du choléra).

Standard 3 sur l'approvisionnement en eau : installations

Les personnes touchées par une catastrophe disposent d'installations adéquates pour collecter, stocker et utiliser l'eau en quantité suffisante pour la boisson, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle, et pour que l'eau de boisson reste salubre jusqu'à sa consommation.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- Fournir à la population touchée par la catastrophe les moyens appropriés pour recueillir et stocker l'eau (voir la note d'orientation 1 et le standard 2 sur la promotion de l'hygiène, page 107).
- Encourager activement toutes les personnes et tous les groupes vulnérables concernés à participer au choix de l'emplacement et à la conception des points d'eau, ainsi qu'à la construction des lavoirs et des bains (voir la note d'orientation 2).
- Aux points de distribution d'eau et aux lavoirs communautaires, prévoir des évier et des espaces de lavage réservés aux femmes, où elles pourront laver et faire sécher leurs sous-vêtements et leurs serviettes hygiéniques en tissu (voir la note d'orientation 2 et le standard 2 sur la promotion de l'hygiène, page 107).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- Chaque ménage dispose d'au moins deux récipients à eau propres d'une capacité de 10 à 20 litres, l'un étant destiné au stockage et l'autre au transport (voir la note d'orientation 1 et le standard 2 sur la promotion de l'hygiène, note d'orientation 1, page 108).



- ▶ Les récipients destinés à la collecte et au stockage de l'eau sont pourvus d'un goulot, ou d'un couvercle dans le cas des seaux et autres récipients de stockage sans risque, afin d'assurer la salubrité du prélèvement et de la manutention. Ces récipients sont manifestement utilisés (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Il y a au moins un évier pour 100 personnes et une zone privative pour la lessive et la toilette des femmes. L'eau est fournie en quantité suffisante pour la toilette et la lessive (voir la note d'orientation 2).
- ▶ L'eau des ménages est toujours exempte de contamination (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Tout le monde est satisfait des installations en place pour la collecte et le stockage de l'eau, la toilette, le lavage des mains et la lessive (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Tous les systèmes et les installations mis en place sont régulièrement entretenus, et les utilisateurs y contribuent dans la mesure du possible (voir la note d'orientation 3).

Notes d'orientation

1. **Collecte et stockage de l'eau** : la population touchée par une catastrophe a besoin de récipients pour recueillir l'eau, la stocker et l'utiliser pour la boisson, la cuisson des aliments, le lavage et la toilette. Les récipients doivent être propres, hygiéniques, faciles à porter et adaptés aux habitudes et aux besoins locaux en termes de taille, de forme et de conception. Les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent avoir besoin de récipients plus petits ou conçus différemment pour porter l'eau. La capacité de stockage requise dépend de la taille du ménage et de la disponibilité plus ou moins continue de l'eau. À titre indicatif, il faut compter environ quatre litres d'eau par personne et par jour lorsqu'il y a un approvisionnement quotidien constant. Les campagnes promotionnelles et le suivi de la salubrité de la collecte, du stockage et du prélèvement de l'eau sont autant d'occasions de discuter des questions de contamination de l'eau avec les personnes vulnérables, en particulier les femmes et les enfants.
2. **Installations collectives pour le lavage et la toilette** : les personnes touchées par une catastrophe ont besoin, pour faire leur toilette, de lieux préservant leur intimité et leur dignité. Si ce n'est pas possible au niveau des ménages, il faut prévoir des installations centrales séparées pour les hommes et pour les femmes. Quand il n'y a pas de savon, des substituts d'usage courant peuvent être fournis, comme des cendres, du sable propre, de la soude ou diverses plantes utilisables pour le lavage ou le frottage. Le lavage des vêtements, en particulier de ceux des enfants, est une activité

essentielle pour l'hygiène. Les ustensiles de cuisine et la vaisselle doivent eux aussi être lavés. Le nombre de sites, leur emplacement, leur conception, leur sécurité, leur adéquation et leur commodité doivent être définis avec les utilisateurs, en particulier avec les femmes, les adolescentes et les personnes handicapées. L'emplacement des installations en un endroit central, facile d'accès, bien éclairé et bien visible des alentours peut contribuer à la sécurité des utilisateurs.

3. **Entretien des systèmes d'approvisionnement en eau** : il est important de faire prendre conscience à la population touchée par une catastrophe de la nécessité d'entretenir les systèmes d'approvisionnement et de lui donner les moyens d'assurer la pérennité de leur fonctionnement.



4. Évacuation des excréments

L'évacuation sans risque des excréments humains constitue la première barrière contre les maladies liées aux selles, car elle contribue à réduire la transmission directe ou indirecte de ces maladies. Elle constitue donc une priorité majeure et, dans la plupart des situations de catastrophe, il faut lui consacrer la même diligence qu'à l'approvisionnement en eau salubre. La fourniture d'installations appropriées pour la défécation est une des mesures d'urgence essentielles visant à assurer la dignité, la sécurité, la santé et le bien-être des personnes.

Standard 1 sur l'évacuation des excréments : un environnement sans excréments humains

L'environnement en général et, plus spécifiquement, l'habitat, les zones de production alimentaire, les centres publics et les abords de sources d'eau potable ne sont pas contaminés par des excréments humains.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Appliquer immédiatement des mesures appropriées de confinement des excréments (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Procéder à une consultation rapide avec la population touchée par la catastrophe sur les pratiques sans risque en matière d'évacuation des excréments et d'hygiène (voir le standard 1 sur la promotion de l'hygiène, notes d'orientation 1 à 6, pages 105 et 106).
- ▶ Mener une campagne concertée de promotion de l'hygiène portant sur l'évacuation sans risques des excréments et l'utilisation d'installations appropriées (voir le standard 1 sur la promotion de l'hygiène, notes d'orientation 1 à 6, pages 105 et 106).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ L'environnement dans lequel vit la population touchée par la catastrophe n'est pas contaminé par des excréments humains (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Toutes les mesures de confinement des excréments, à savoir les latrines en tranchées, les latrines à fosse et les puits perdus se situent à au moins

30 mètres de toute source d'eau souterraine, et le fond des latrines et des puits perdus est à au moins 1,5 mètre au-dessus du niveau hydrostatique (voir la note d'orientation 3).

- ▶ Lors d'inondations ou quand le niveau hydrostatique est élevé, des mesures appropriées sont prises pour régler le problème de la contamination des sources d'eau souterraine par des excréments humains (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Le drainage ou le débordement des systèmes de défécation ne contaminent pas l'eau de surface ni les sources d'eau souterraine peu profondes (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Les toilettes sont utilisées de la façon la plus hygiénique possible, et les excréments des enfants sont évacués immédiatement et de manière hygiénique (voir la note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. **Évacuation sans risque des excréments** : le but de l'évacuation sans risque des excréments est de faire en sorte que l'environnement ne soit pas contaminé par la présence de défécations un peu partout. Immédiatement après une catastrophe et en même temps qu'un plan de gestion de l'évacuation des excréments est mis en place, on pensera à entreprendre une première campagne de nettoyage, à délimiter et clôturer des zones de défécation, et à construire des toilettes collectives après en avoir choisi l'emplacement. Selon le contexte, une méthode par étapes sera la solution la plus efficace au problème d'assainissement constaté. On associera tous les groupes de la population touchée par la catastrophe à la réalisation des activités d'évacuation sans risque des excréments. Lorsqu'il ne fait pas partie des habitudes de la population d'utiliser des toilettes, il sera nécessaire de mener une campagne concertée de promotion de l'hygiène afin d'encourager l'évacuation sans risque des excréments et de créer une demande pour la construction de toilettes supplémentaires. Dans les catastrophes survenant en milieu urbain, où les systèmes d'égouts existants pourraient être endommagés, on évaluera la situation et on envisagera d'installer des toilettes portables ou d'utiliser des fosses septiques ou des réservoirs pouvant être régulièrement vidangés. L'extraction des boues, leur manutention, leur transport et leur évacuation finale feront l'objet d'une attention particulière.
2. **Zones de défécation** : durant la phase initiale d'une catastrophe et si du terrain est disponible, il faut délimiter une zone de défécation et/ou construire des latrines en tranchées. Cela ne fonctionnera que si le site est correctement géré et entretenu, et si la population concernée comprend l'importance d'utiliser les installations fournies et sait où elles se trouvent.
3. **Distance entre les systèmes de défécation et les sources d'eau** : les puits perdus, les latrines en tranchées et les toilettes devraient se situer à au moins 30 mètres des sources d'eau, et le fond des fosses à au moins 1,5 mètre au-dessus du niveau hydrostatique. Ces distances doivent être augmentées



en présence de roches fissurées ou de calcaire, ou au contraire réduites pour les sols à texture fine. Dans certaines interventions lors de catastrophes, la pollution des eaux souterraines ne sera peut-être pas une préoccupation immédiate si l'eau ne doit pas être utilisée directement pour la boisson. Il faudra plutôt procéder au traitement de l'eau dans les ménages ou choisir une autre option (voir le standard 2 sur l'approvisionnement en eau, note d'orientation 6, page 115). En cas d'inondation ou quand le niveau hydrostatique est élevé, il faudra éventuellement construire des toilettes surélevées ou des fosses septiques afin de contenir les excréments et de les empêcher de contaminer l'environnement. Il est également impératif que les boues drainées ou débordant des fosses septiques ne contaminent pas les sources d'eau souterraine ou de surface.

4. **Confinement des excréments d'enfants** : on fera particulièrement attention à l'évacuation des excréments d'enfants, lesquels sont généralement plus dangereux que ceux des adultes (on constate souvent plus d'infections liées aux excréments chez les enfants, qui n'ont peut-être pas encore développé d'anticorps). Il faut 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 gérer efficacement et hygiéniquement l'évacuation des excréments.

Standard 2 sur l'évacuation des excréments : des toilettes appropriées et en nombre suffisant

Les personnes touchées par une catastrophe disposent d'un nombre suffisant de toilettes adéquates et acceptables, suffisamment proches de leur logement pour leur permettre d'y accéder rapidement et en toute sécurité à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Consulter tous les utilisateurs (en particulier les femmes et les personnes à mobilité réduite) et obtenir leur accord quant à l'emplacement, à la conception et au caractère approprié des installations sanitaires (voir les notes d'orientation 1 à 4 et les principes de protection 1 et 2, pages 38 et 41).
- ▶ Fournir à ces personnes les moyens, les outils et le matériel nécessaires pour la construction, l'entretien et le nettoyage de leurs toilettes (voir les notes d'orientation 6 et 7).
- ▶ Assurer un approvisionnement suffisant en eau pour le lavage des mains et pour les toilettes avec chasse d'eau et/ou siphon, et fournir le matériel approprié pour la toilette anale à utiliser dans les latrines à fosse conventionnelles (voir les notes d'orientation 7 et 8).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les toilettes sont conçues, construites et situées de façon à remplir les conditions suivantes :
 - 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 (voir la note d'orientation 1) ;
 - elles sont situées de manière à réduire au minimum les risques pour la sécurité des utilisateurs, en particulier des femmes et des filles, à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit (voir la note d'orientation 3 et le principe de protection 1, notes d'orientation 1 à 6, pages 38 à 40) ;
 - elles procurent une certaine intimité qui répond aux normes des utilisateurs (voir la note d'orientation 3) ;
 - elles sont suffisamment faciles à utiliser et à maintenir propres, et ne présentent pas de risque sanitaire pour l'environnement ; en fonction du contexte, les toilettes sont correctement approvisionnées en eau pour le lavage des mains et/ou la chasse d'eau (voir les notes d'orientation 7 et 8) ;
 - elles sont équipées d'un système permettant d'éliminer les serviettes hygiéniques et donnent aux femmes l'intimité nécessaire pour laver et faire sécher leurs serviettes en tissu (voir la note d'orientation 9) ;
 - elles réduisent au minimum la prolifération des mouches et des moustiques (voir la note d'orientation 7) ;
 - des mécanismes sont en place pour l'extraction des boues, leur transport et leur élimination appropriée dans les cas où les toilettes sont étanches ou destinées à une utilisation à long terme et doivent être vidées (voir la note d'orientation 11) ;
 - lors d'inondations ou quand le niveau hydrostatique est près de la surface du sol, on rend les fosses ou les réservoirs à excréments étanches à l'eau afin de réduire au minimum la contamination de l'eau souterraine et de l'environnement (voir la note d'orientation 11).
- ▶ Vingt personnes au maximum se servent de chaque toilette (voir les notes d'orientation 1 à 4 et l'annexe 3 : Nombre minimum de toilettes dans les lieux publics et les institutions en situation de catastrophe).
- ▶ Des toilettes verrouillables de l'intérieur et séparées pour les femmes et pour les hommes sont disponibles dans les lieux publics – marchés, centres de distribution, centres de santé, écoles, etc. (voir la note d'orientation 2 et les principes de protection 1 et 2, pages 38 et 41).
- ▶ Les toilettes se situent au plus à 50 mètres des habitations (voir la note d'orientation 5).
- ▶ L'utilisation des toilettes est organisée par ménage (ou groupe de ménages) et/ou par sexe (voir les notes d'orientation 2 à 5).
- ▶ Toute la population touchée par la catastrophe est satisfaite du processus de consultation et des toilettes qui lui ont été fournies, et elle utilise ces toilettes de manière appropriée (voir les notes d'orientation 1 à 10).



- Les personnes touchées par la catastrophe se lavent les mains après avoir utilisé les toilettes et avant de manger et de préparer des aliments (voir la note d'orientation 8).

Notes d'orientation

- Installations acceptables** : les programmes d'évacuation des excréments ont de bons résultats si l'on comprend bien les besoins divers des utilisateurs et si ceux-ci participent aux programmes. Il peut ne pas s'avérer possible de rendre toutes les toilettes acceptables pour tous les groupes. Il faudra peut-être construire des toilettes spéciales pour les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées, par exemple des toilettes équipées d'un siège ou de barres d'appui, ou fournir des bassins hygiéniques, des pots ou des chaises percées. Le type d'installation sanitaire adopté dépendra du moment de l'intervention, des préférences et des habitudes culturelles des utilisateurs visés, des infrastructures en place, de l'approvisionnement en eau (pour les chasses d'eau et les siphons), de la formation du sol et des matériaux de construction disponibles. On trouvera dans le tableau ci-après plusieurs types d'évacuation des excréments pour les différentes phases d'une intervention en cas de catastrophe.

Solutions possibles pour l'évacuation sans risque des excréments

	Type d'évacuation	Remarques concernant l'application
1	Zone de défécation délimitée (p. ex. avec des modules séparés par des bâches)	1 ^{re} phase : dans les 2 ou 3 premiers jours, quand un très grand nombre de personnes ont besoin d'installations immédiatement
2	Latrines en tranchées	1 ^{re} phase : jusqu'à 2 mois
3	Latrines à fosse simple	Planifier dès le début pour une utilisation à long terme
4	Latrines LAA (latrines améliorées à fosse autoventilée)	En fonction du contexte, pour une utilisation à moyen ou à long terme
5	Latrines d'assainissement écologique (ECOSAN) avec dérivation des urines	En fonction du contexte : en cas d'inondation ou de niveau hydrostatique élevé, planifier dès le début ou pour une utilisation à moyen ou à long terme
6	Fosses septiques	Phase de moyenne ou longue durée

2. **Toilettes publiques** : dans les lieux publics, les toilettes sont équipées de systèmes éprouvés pour le nettoyage et l'entretien corrects et réguliers de ces installations. On utilisera les données démographiques ventilées pour planifier le nombre de cabines réservées aux femmes par rapport au nombre de cabines réservées aux hommes (rapport d'environ 3/1). Dans la mesure du possible, des urinoirs seront prévus pour les hommes (voir l'annexe 3 : Nombre minimum de toilettes dans les lieux publics et les institutions en situation de catastrophe).
3. **Toilettes familiales** : option recommandée quand c'est possible. Il faudrait arriver à une toilette pour 20 personnes maximum. Quand il n'existe pas déjà des toilettes, il sera possible de commencer par une toilette pour 50 personnes, en réduisant ce nombre à 20 dès que possible. Dans certains cas, l'espace disponible ne le permet pas. On insistera alors fermement pour obtenir de l'espace supplémentaire. Il ne faut toutefois pas oublier que le but principal est d'assurer et de maintenir un environnement sans excréments humains.
4. **Installations communes** : les ménages doivent être consultés sur l'emplacement et la conception de toilettes communes et sur la manière responsable de les nettoyer et de les entretenir. En général, des toilettes propres ont plus de chances d'être utilisées fréquemment. Il faut faire en sorte de donner aux personnes atteintes de maladies chroniques – comme celles vivant avec le VIH/sida –, un accès facile aux toilettes, car elles souffrent souvent de diarrhée chronique et peuvent avoir une mobilité réduite.
5. **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 les femmes et les filles se sentent, et soient, en sécurité lorsqu'elles utilisent les toilettes mises à leur disposition. Dans la mesure du possible, les toilettes collectives seront éclairées ou l'on fournira des torches aux familles. La communauté devrait être invitée à proposer des moyens possibles d'améliorer la sécurité des utilisateurs (voir les principes de protection 1 et 2, pages 38 et 41).
6. **Utilisation de matériel et d'outils locaux pour la construction** : l'utilisation de matériaux disponibles localement pour la construction des toilettes est vivement recommandée. La communauté touchée par une catastrophe sera ainsi davantage incitée à utiliser les installations et à les entretenir. Lui distribuer des outils pour la construction est une mesure qui va elle aussi dans ce sens.
7. **Eau et produits nécessaires à la toilette anale** : il faut fournir de l'eau pour les toilettes équipées d'une chasse d'eau et/ou d'un siphon. Pour les latrines à fosse traditionnelles, il sera peut-être nécessaire de fournir du papier hygiénique ou d'autres articles pour la toilette anale. Les utilisateurs



seront consultés sur les articles les plus appropriées culturellement et sur la manière de les éliminer sans risque.

8. **Lavage des mains** : les utilisateurs doivent pouvoir se laver les mains avec du savon ou un autre moyen (des cendres, par exemple) 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. Il faut pour cela qu'il y ait une source d'eau permanente près des toilettes.
9. **Menstruation** : les femmes et les filles pubères, dont les écolières, doivent avoir accès à des articles adaptés pour l'absorption et l'élimination des menstrues. Il convient de les consulter sur ce qui est culturellement approprié en la matière. Les toilettes doivent être pourvues du matériel (poubelles) nécessaire à l'élimination appropriée des articles d'hygiène menstruelle ou d'installations réservées au lavage discret du linge menstruel (voir le standard 2 sur la promotion de l'hygiène, notes d'orientation 2 et 8, pages 108 et 109).
10. **Extraction des boues** : s'il y a lieu et selon les besoins, il faut prévoir dès le début la vidange des toilettes, des fosses septiques et des réservoirs à excréments, et choisir le site d'évacuation finale des boues.
11. **Les toilettes dans un environnement difficile** : lors d'inondations ou de catastrophes en milieu urbain, il est généralement difficile de fournir des installations appropriées pour l'évacuation des excréments. Il faut alors réfléchir à divers mécanismes de confinement des eaux usées sanitaires, tels que des toilettes surélevées, des toilettes avec dérivation des urines, des réservoirs d'eaux usées ou l'utilisation de sacs en plastique provisoires et jetables, avec des systèmes appropriés de collecte et d'élimination. Ces différentes manières de procéder doivent pouvoir s'appuyer sur des activités de promotion des règles d'hygiène.

5. Lutte antivectorielle

Un vecteur est un agent porteur de maladie, et les maladies à vecteurs sont une cause importante de problèmes de santé et de décès dans de nombreuses situations de catastrophe. Le moustique est le vecteur responsable de la transmission du paludisme, lequel est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. Il transmet également d'autres maladies, comme la fièvre jaune, la dengue et la fièvre hémorragique. Les mouches ne piquant pas ou synanthropiques, comme la mouche domestique et les deux types de mouche de la viande (*Calliphoridae* – verte et bleue – et *Sarcophaga carnaria* – noire et grise), jouent un rôle important dans la transmission des maladies diarrhéiques. Les mouches qui piquent, les punaises de lit et les puces sont une nuisance pénible et, dans certains cas, transmettent des maladies graves comme le typhus murin, la gale et la peste. Les tiques transmettent la fièvre récurrente, de même que les poux de corps, qui sont aussi porteurs du typhus. Les rats et les souris peuvent véhiculer des maladies comme la leptospirose et la salmonellose, et peuvent être les hôtes d'autres vecteurs, par exemple les puces, lesquelles peuvent transmettre la fièvre de Lassa, la peste et d'autres infections.

Plusieurs actions permettent d'enrayer les maladies à vecteurs, notamment le choix de sites appropriés et la fourniture d'abris et de services tels que l'approvisionnement en eau, l'évacuation des excréments, la gestion des déchets solides et le drainage, ainsi que la fourniture de services de santé (notamment la mobilisation communautaire et la promotion de la santé), le recours à des mesures de lutte chimique, la protection des familles et des individus, et la protection efficace des stocks alimentaires. La nature des maladies à vecteurs est souvent complexe et, pour aborder les problèmes liés aux vecteurs, il est parfois nécessaire de requérir l'aide de spécialistes. Toutefois, on peut souvent faire beaucoup pour contribuer à empêcher la propagation de ces maladies par des mesures simples et efficaces, une fois que la maladie, son vecteur et leur interaction avec la population ont été identifiés.



Standard 1 sur la lutte antivectorielle : protection des individus et des familles

Toutes les personnes touchées par une catastrophe ont les connaissances et les moyens nécessaires pour se protéger des vecteurs de maladies et de nuisances susceptibles de constituer un risque majeur pour leur santé ou leur bien-être.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Sensibiliser toutes les personnes touchées par la catastrophe qui sont susceptibles de contracter des maladies à vecteurs aux causes possibles de ces maladies, aux modes de transmission et aux méthodes de prévention qui peuvent être utilisées (voir les notes d'orientation 1 à 5).
- ▶ Aider les personnes touchées par la catastrophe à éviter le contact avec les moustiques durant les périodes où ils piquent le plus, en utilisant tous les moyens non nocifs mis à leur disposition (moustiquaires, lotions répulsives, etc.) (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Accorder une attention spéciale à la protection des groupes à haut risque comme les femmes enceintes, les mères allaitantes, les bébés, les nourrissons, les personnes âgées, les personnes à mobilité réduite et les malades (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Prendre des mesures contre les poux de corps lorsque le typhus à poux ou la fièvre récurrente menacent (voir la note d'orientation 4).
- ▶ S'assurer que la literie et les vêtements sont aérés et lavés régulièrement (voir la note d'orientation 4).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Toute la population touchée par la catastrophe dispose d'abris qui n'hébergent pas de vecteurs et ne favorisent pas leur prolifération, et qui sont protégés par des mesures appropriées de lutte antivectorielle (voir les notes d'orientation 3 à 5).
- ▶ Toutes les personnes susceptibles de contracter des maladies à vecteurs comprennent les modes de transmission et prennent des mesures pour se protéger (voir les notes d'orientation 1 à 5).
- ▶ Toutes les personnes qui reçoivent des moustiquaires imprégnées d'insecticide les utilisent correctement (voir la note d'orientation 3).

- ▶ Tous les aliments conservés dans les ménages sont protégés de la contamination par des vecteurs tels que les mouches, d'autres insectes et les rongeurs (voir la note d'orientation 4).

Notes d'orientation

- 1. Définition du risque de maladie à vecteur :** les décisions sur les interventions en matière de lutte antivectorielle doivent être basées sur l'évaluation du risque potentiel de maladie, ainsi que sur les preuves cliniques d'un problème de maladie transmise par un vecteur. Les facteurs qui influencent ce risque sont essentiellement :
 - l'état immunitaire de la population, notamment une exposition antérieure, ou un stress (nutritionnel ou autre) ; les déplacements de personnes (comme les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays) d'une zone non endémique vers une zone endémique, qui sont une cause courante d'épidémies ;
 - le type et la prévalence des agents pathogènes, tant dans les vecteurs que chez les humains ;
 - les espèces, les comportements et l'écologie des vecteurs ;
 - le nombre de vecteurs (saison, sites de reproduction, etc.) ;
 - une exposition accrue aux vecteurs : proximité, type d'habitat, type d'abri, protection individuelle existante et mesures d'évitement.
- 2. Indicateurs pour les programmes de lutte antivectorielle :** parmi les indicateurs fréquemment utilisés pour mesurer l'impact des activités de lutte antivectorielle figurent les taux d'incidence des maladies à vecteurs (tirés des données épidémiologiques, des données fournies par la communauté et d'indicateurs de substitution, selon l'intervention) et le comptage des parasites (à l'aide de kits de diagnostic rapide ou de la microscopie).
- 3. Mesures de protection individuelle contre le paludisme :** s'il existe un risque important de paludisme, il est recommandé de prendre systématiquement et sans tarder des mesures de protection, comme la fourniture de matériel imprégné d'insecticide (tentes, rideaux, moustiquaires, etc.). Les moustiquaires imprégnées 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. Les vêtements à manches longues, la fumigation des logements, les spirales antimoustiques, les sprays aérosols et les répulsifs sont d'autres méthodes de protection qui peuvent être utilisées contre les moustiques. Il est vital, pour que ces mesures soient efficaces, de s'assurer que les utilisateurs comprennent l'importance de se protéger et la manière d'utiliser correctement les outils. Si les ressources sont limitées, elles seront ciblées sur les individus et les groupes les plus exposés, comme les enfants de moins de 5 ans, les sujets non immuns et les femmes enceintes.



4. **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 de plusieurs façons : traitement individuel (application de poudres), campagnes massives de lessive ou d'épouillage, et protocoles de traitement lorsque des personnes récemment déplacées arrivent dans un habitat. La propreté de l'environnement domestique, associée à de bonnes pratiques en matière d'élimination des déchets et d'entreposage des aliments (cuits et non cuits), dissuadera les rats et les autres rongeurs, ainsi que les insectes (comme les cafards), de pénétrer dans les logements ou les abris.
5. **Maladies d'origine hydrique** : la population touchée par une catastrophe doit être informée des risques pour la santé et éviter de se baigner dans des plans d'eau, lorsqu'il y a un risque connu de contracter des maladies comme la schistosomiase, le ver de Guinée ou la leptospirose (transmise par le contact avec l'urine de mammifères, en particulier celle des rats — voir l'annexe 4 : Maladies liées à l'eau et aux excréments et modes de transmission). Les agences concernées devront peut-être travailler en coopération avec cette population pour trouver d'autres sources d'eau ou faire en sorte que l'eau destinée à tous les usages soit traitée de façon appropriée.

Standard 2 sur la lutte antivectorielle : mesures de protection physique, environnementale et chimique

L'environnement où sont installées les personnes touchées par une catastrophe ne les expose pas à des vecteurs de maladies et de nuisances. Ces vecteurs sont, dans la mesure du possible, maintenus à un niveau réduit.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Installer les populations déplacées dans des endroits qui réduisent au minimum leur contact avec des vecteurs, en particulier les moustiques (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Supprimer et/ou modifier les sites de reproduction et de repos des vecteurs, lorsque c'est faisable (voir les notes d'orientation 2 à 4).
- ▶ Lutter de manière intensive contre les mouches dans les habitats fortement peuplés, lorsqu'il existe un risque d'épidémie de diarrhée ou qu'une telle épidémie s'est déclarée (voir la note d'orientation 2).

- ▶ Mettre en place des systèmes d'orientation-recours performants pour les personnes ayant contracté le paludisme, pour qu'un diagnostic précoce soit posé, et que ces personnes soient traitées au tout début de la maladie (voir la note d'orientation 5).

Indicateurs clés

- ▶ On maintient à un faible niveau la densité de population de moustiques pour éviter le risque de niveaux excessifs de transmission et d'infection (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Les personnes souffrant de problèmes de santé d'origine vectorielle sont moins nombreuses (voir les notes d'orientation 1 à 5).

Notes d'orientation

1. **Le choix du site** est important si l'on veut réduire au minimum l'exposition de la population au risque de maladies vectorielles ; ce doit être un des facteurs clés à prendre en compte lorsqu'on envisage plusieurs sites possibles. En ce qui concerne la lutte antipaludique, par exemple, les camps doivent être situés à un ou deux kilomètres au vent par rapport aux grands sites de reproduction comme les marécages ou les lacs, chaque fois que l'on peut fournir une source d'eau salubre supplémentaire (voir le standard 2 sur les abris et l'habitat, notes d'orientation 5 à 9, pages 296 à 298).
2. **Lutte environnementale et chimique contre les vecteurs** : un certain nombre de mesures fondamentales relevant de l'ingénierie environnementale peuvent être prises pour réduire les possibilités de reproduction des vecteurs. Il s'agit, entre autres, d'évacuer correctement les excréments humains et animaux (voir la section sur l'évacuation des excréments, page 120), d'éliminer de façon appropriée les déchets pour lutter contre les mouches et les rongeurs (voir la section sur la gestion des déchets solides, page 134), d'éliminer par drainage les eaux stagnantes et d'enlever la couverture végétale superflue qui borde les canaux ouverts et les mares, pour combattre les moustiques (voir la section sur le drainage, page 139). Ces mesures prioritaires de santé environnementale auront un impact sur la densité des populations de certains vecteurs. S'il n'est pas possible d'avoir un impact suffisant sur l'ensemble des sites de reproduction, d'alimentation et de repos dans un habitat ou à proximité, même à long terme, il faudra alors peut-être recourir localement à des mesures de lutte chimique ou de protection individuelle. Par exemple, en pulvérisant un insecticide dans des espaces infestés, on peut réduire le nombre de mouches adultes et empêcher une épidémie de diarrhée, ou contribuer à réduire au minimum le fardeau de la maladie si l'on utilise l'insecticide pendant une épidémie.



- 3. Conception d'une intervention :** il arrive qu'un programme de lutte antivectorielle n'ait aucun impact sur les maladies s'il cible le mauvais vecteur, utilise des méthodes inefficaces ou vise le bon vecteur mais au mauvais endroit ou au mauvais moment. Les programmes de lutte sont au départ destinés à répondre aux trois objectifs suivants : réduire la densité de population du vecteur, réduire le contact entre l'homme et le vecteur et réduire les sites de reproduction du vecteur. Un programme mal exécuté peut être contre-productif. Une étude approfondie et, souvent, l'avis d'un spécialiste sont nécessaires et doivent être sollicités auprès d'organismes de santé nationaux et internationaux. En outre, il convient de se renseigner sur place sur la situation locale concernant les schémas de maladies, les sites de reproduction, les variations saisonnières du nombre de vecteurs et l'incidence des maladies, etc.
- 4. Lutte environnementale contre des moustiques :** la lutte environnementale vise essentiellement à éliminer les sites de reproduction des moustiques. Les trois grandes espèces de moustiques responsables de la transmission de maladies sont : le *Culex* (filariose), l'*Anopheles* (paludisme et filariose) et l'*Aedes* (fièvre jaune et dengue). Les moustiques du genre *Culex* se reproduisent dans les eaux stagnantes chargées de matières organiques comme les latrines ; ceux du genre *Anopheles* dans des eaux de surface relativement non polluées comme les flaques, les cours d'eau à débit lent et les puits ; et ceux du genre *Aedes* dans des récipients d'eau comme les bouteilles, les seaux, les pneus, etc. Quelques exemples de la lutte environnementale contre les moustiques : effectuer un drainage efficace, utiliser des latrines améliorées à fosse autoventilée (latrines LAA) qui fonctionnent bien, couvrir en permanence au moyen d'un couvercle le trou de défécation des latrines à fosse et les récipients d'eau, et toujours couvrir les puits et/ou les traiter avec un larvicide (par exemple, dans les zones où la dengue est endémique).
- 5. Traitement du paludisme :** des stratégies de lutte antipaludique visant à réduire la densité de population des moustiques doivent être menées en même temps que l'on effectue un diagnostic précoce et un traitement au moyen d'antipaludiques efficaces. Ces stratégies consistent notamment à éliminer les sites de reproduction des moustiques, à réduire le taux quotidien de survie de ces insectes et à faire baisser le taux d'agressivité à l'égard de l'homme. Il faut également lancer et soutenir des campagnes en faveur d'un diagnostic et d'un traitement précoces. Une approche intégrée, associant la recherche active de cas par des agents de proximité qualifiés à un traitement antipaludique efficace a plus de chances d'alléger le fardeau du paludisme que la recherche passive de cas par des services de santé centralisés (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, note d'orientation 3, page 362).

Standard 3 sur la lutte antivectorielle : mesures de sécurité dans la lutte chimique

Les mesures de lutte chimique contre les vecteurs sont mises en œuvre de façon à bien protéger le personnel, la population touchée par une catastrophe et l'environnement local, et à empêcher l'émergence d'une résistance chimique aux substances utilisées.

Actions clés (à lire conjointement avec la note d'orientation)

- ▶ 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 (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Informer la population touchée par la catastrophe sur les risques potentiels liés aux produits utilisés dans la lutte chimique contre les vecteurs et sur le calendrier d'application de ces substances. Assurer sa protection pendant et après l'application des poisons ou des pesticides, conformément aux procédures agréées au niveau international (voir la note d'orientation 1).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec la note d'orientation)

- ▶ Les standards et les normes acceptés sur le plan international sont respectés lors des choix concernant la qualité, l'entreposage et le transport des produits chimiques utilisés dans la lutte antivectorielle. Aucun effet indésirable de ces produits n'est signalé ni observé (voir la note d'orientation 1).
- ▶ À tous moments, on peut justifier de l'utilisation qui est faite de chaque produit chimique dans la lutte antivectorielle (voir la note d'orientation 1).

Note d'orientation

1. **Protocoles nationaux et internationaux** : il existe des normes et des protocoles internationaux précis, publiés par l'OMS, auxquels il faut se conformer en tout temps. Ces protocoles portent à la fois sur le choix et l'application des produits chimiques utilisés dans la lutte antivectorielle, y compris 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. Dans les cas où les normes nationales relatives au choix des produits chimiques sont moins élevées que les normes internationales, au point d'avoir un faible impact, voire aucun, ou de menacer la santé et la sécurité, l'agence humanitaire consultera les autorités nationales compétentes et insistera auprès d'elles pour qu'elles l'autorisent à appliquer les normes internationales.



6. Gestion des déchets solides

La gestion des déchets solides est le processus de traitement et d'élimination des déchets solides, organiques et dangereux qui, si l'on n'y prend pas garde, peuvent constituer un risque pour la santé publique au sein de la population touchée par une catastrophe et avoir un impact négatif sur l'environnement. Le risque peut provenir de la prolifération des mouches et des rongeurs, qui pullulent sur les déchets solides (voir la section sur la lutte antivectorielle, page 127) ; il peut aussi provenir de la pollution des eaux de surface et des sources d'eau souterraine contaminées par les lixiviats provenant du mélange d'ordures ménagères et de déchets hospitaliers ou industriels. Les déchets solides non ramassés et accumulés ainsi que les débris résultant de catastrophes naturelles peuvent aussi rendre l'environnement sale et déprimant, ce qui pourrait miner les efforts déployés pour améliorer d'autres aspects de l'hygiène de l'environnement. Les déchets solides bloquent souvent les canaux de drainage et entraînent un risque accru d'inondations, ce qui cause des problèmes d'hygiène publique associés à la présence d'eau stagnante et d'eaux de surface polluées. Les ramasseurs de déchets, qui s'assurent un petit revenu par la collecte de matériaux recyclables sur les décharges, s'exposent à des maladies infectieuses à cause de déchets hospitaliers mélangés à des ordures ménagères.

Standard 1 sur la gestion des déchets solides : ramassage et élimination

La population touchée par une catastrophe vit dans un environnement qui n'est pas souillé par les déchets solides, y compris les déchets médicaux, et dispose de moyens pratiques et efficaces pour éliminer les ordures ménagères.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Impliquer la population touchée par la catastrophe dans la conception et la mise en œuvre du programme d'élimination des déchets solides (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Organiser des campagnes périodiques de nettoyage des déchets solides (voir la note d'orientation 1).

- ▶ Étudier le potentiel de création d'activités de petit commerce ou de revenus supplémentaires à partir du recyclage des déchets (voir la note d'orientation 3).
- ▶ En collaboration avec la population touchée par la catastrophe, organiser un système selon lequel les ordures ménagères, déposées dans des conteneurs, seront ramassées régulièrement pour être brûlées ou enfouies dans des trous à ordures prévus à cet effet ; les déchets hospitaliers et autres déchets dangereux seront traités séparément tout au long de la chaîne d'élimination (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Évacuer les ordures des habitats, avant qu'elles ne constituent un risque pour la santé ou une nuisance (voir les notes d'orientation 2 à 6).
- ▶ Fournir aux familles d'accueil des dispositifs additionnels pour l'entreposage et la collecte des déchets, afin de tenir compte de l'accumulation de déchets supplémentaires qui se produit dans les situations de catastrophe.
- ▶ Prévoir dans les lieux publics (marchés, zones de traitement du poisson ou d'abattage, etc.) des zones clairement signalées et clôturées pourvues de trous à ordures, de poubelles ou de surfaces de stockage temporaire des déchets (voir les notes d'orientation 3 à 6).
- ▶ Veiller à ce qu'un système régulier de ramassage des ordures soit mis en place (voir les notes d'orientation 3 à 6).
- ▶ Organiser l'élimination définitive des déchets solides dans un endroit adéquat et d'une manière appropriée pour éviter de poser des problèmes de santé et d'hygiène de l'environnement tant à la population d'accueil qu'à la population touchée par la catastrophe (voir les notes d'orientation 6 et 7).
- ▶ Fournir au personnel chargé du ramassage et de l'élimination des déchets solides, ainsi qu'à toutes les personnes participant à la collecte des déchets recyclables, des vêtements de protection appropriés, et les vacciner contre le tétanos et l'hépatite B (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Si l'enlèvement de dépouilles mortelles – qui devra se faire dans la dignité et de la manière appropriée – s'avère une nécessité prioritaire, coordonner l'action avec les agences responsables et les autorités compétentes (voir la note d'orientation 8).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les ménages ont accès à des conteneurs d'ordures qui sont vidés au moins deux fois par semaine et ne se trouvent pas à plus de 100 mètres d'un trou à ordures collectif (voir note d'orientation 3).
- ▶ Toutes les ordures produites par la population vivant dans un habitat sont enlevées quotidiennement des abords immédiats des lieux de vie, et au



moins deux fois par semaine de la zone où se trouve l'habitat (voir les notes d'orientation 1 à 3).

- ▶ Il y a au moins un conteneur de déchets de 100 litres pour 10 ménages, lorsque les ordures ménagères ne sont pas enfouies sur site (voir la note d'orientation 3).
- ▶ L'élimination des déchets solides se fait en toute sécurité, rapidement et sous surveillance, si bien que le risque de pollution de l'environnement est réduit au minimum (voir les notes d'orientation 4 à 6).
- ▶ Tous les déchets médicaux, notamment les déchets dangereux comme la verrerie, les aiguilles, les pansements et les médicaments, sont isolés et éliminés séparément dans une fosse correctement conçue, construite et exploitée, ou brûlés dans un incinérateur muni d'une fosse à cendres profonde, dans l'enceinte de chaque centre de santé (voir les notes d'orientation 4 à 7).

Notes d'orientation

1. **Planification et mise en œuvre** : l'élimination des déchets solides doit être planifiée et réalisée après consultation et en coordination étroites avec la population touchée par une catastrophe et les agences et autorités compétentes. Cette activité doit commencer dès le début de l'intervention, avant qu'un problème de déchets solides ne devienne un risque de santé majeur pour la population concernée. Selon le contexte, on organisera des campagnes périodiques de nettoyage, en consultation avec la population affectée et les autorités locales responsables.
2. **Enfouissement des déchets** : si les déchets doivent être enfouis sur site, que ce soit dans des trous à ordures prévus pour chaque ménage ou dans des fosses collectives, ils doivent être recouverts tous les jours d'une fine couche de terre afin de ne pas attirer des vecteurs comme les mouches et les rongeurs, et de ne pas leur servir de lieu de reproduction. Si des excréments ou des couches d'enfants sont jetés, ils doivent être immédiatement recouverts de terre. On clôturera les décharges afin d'empêcher tout accident et d'éviter que les enfants et les animaux n'y aient accès. Il faut également veiller à empêcher la contamination des eaux souterraines par les lixiviats.
3. **Type et quantité des ordures** : les ordures produites par les habitats varient beaucoup en composition et en quantité, selon le niveau et le type d'activité économique, les aliments de base consommés et les pratiques locales en matière de recyclage et/ou d'élimination des déchets. L'impact des déchets solides sur la santé des personnes doit être évalué, et il conviendra de prendre des mesures appropriées, s'il y a lieu. Les ordures ménagères doivent être collectées dans des poubelles en vue de leur enfouissement ou

de leur incinération. S'il est impossible de fournir une poubelle par ménage, des poubelles collectives doivent être mises à disposition. Le recyclage des déchets solides au sein de la communauté doit être encouragé, à condition qu'il ne présente aucun risque sérieux pour la santé. Il faudra éviter de distribuer des marchandises qui génèrent une grande quantité de déchets solides du fait de leur emballage ou de leur traitement sur site.

4. **Déchets médicaux** : la mauvaise gestion des déchets médicaux expose la population, les agents de santé et les éboueurs au risque d'infections, d'effets toxiques et de blessures. Dans une situation de catastrophe, les types de déchets les plus dangereux sont vraisemblablement les déchets infectieux, piquants/tranchants ou non (pansements, tissus tachés de sang, matières organiques comme les placentas, etc.). Les différents types de déchets doivent faire l'objet d'un tri à la source. Les déchets non infectieux (papier, emballages en plastique et déchets alimentaires, par exemple) peuvent être jetés comme les autres déchets solides. Les objets piquants ou tranchants contaminés, en particulier les aiguilles et les seringues usagées, devront être placés dans une boîte de sécurité immédiatement après utilisation. On peut éliminer les boîtes de sécurité et les autres déchets infectieux sur site en les enfouissant, en les incinérant ou par toute autre méthode sûre (voir le standard 1 sur les systèmes de santé, note d'orientation 11, page 137).
5. **Déchets des marchés** : la plus grande partie des déchets des marchés peut être traitée de la même manière que les ordures ménagères. Les déchets des abattoirs et des marchés au poisson nécessiteront éventuellement un traitement particulier et des installations spéciales pour éliminer les déchets liquides produits, et faire en sorte que l'abattage soit réalisé dans des conditions d'hygiène satisfaisantes et conformément à la législation locale. Les déchets des abattoirs peuvent souvent être jetés dans une grande fosse munie d'un couvercle située à côté de l'abattoir ou de l'unité de traitement du poisson. On peut faire couler le sang et les autres liquides de l'abattoir et de l'unité de traitement du poisson jusqu'à la fosse par un canal de drainage recouvert de dalles (ce qui devrait permettre de réduire l'accès des mouches à la fosse). De l'eau doit être mise à disposition pour le nettoyage.
6. **Décharge contrôlée de déchets et/ou centre d'enfouissement technique** : l'élimination de grands volumes de déchets doit se faire en dehors du site, soit dans une décharge contrôlée, soit dans un centre d'enfouissement technique. Cette méthode ne sera possible que si l'on dispose de suffisamment de place et si l'on a accès à des équipements mécaniques. L'idéal est que les déchets versés dans une décharge contrôlée soient recouverts de terre à la fin de chaque journée, ce qui évitera d'attirer les charognards ou de favoriser la reproduction des vecteurs.



- 7. Sécurité du personnel :** tous les membres du personnel qui s'occupent du ramassage, du transport, de l'élimination et du recyclage des déchets solides doivent être équipés de vêtements de protection, c'est-à-dire au minimum de gants, mais idéalement aussi de combinaisons, de bottes et de masques de protection. Le cas échéant, il faut les vacciner contre le tétanos et l'hépatite B. On doit leur fournir du savon et de l'eau pour qu'ils puissent se laver les mains et le visage. Les membres du personnel qui manipulent des déchets médicaux doivent être informés des méthodes correctes d'entreposage, de transport et d'élimination de ces déchets, et des risques découlant d'une mauvaise exécution de ces opérations.
- 8. Prise en charge des dépouilles :** la prise en charge et l'enterrement des dépouilles après une catastrophe naturelle doivent se faire de la manière appropriée et dans le respect de la dignité. D'habitude, ce sont les équipes de recherche et de récupération qui s'en occupent, en coordination avec les autorités et les agences gouvernementales responsables. L'inhumation des personnes décédées de maladies transmissibles doit elle aussi se faire de manière appropriée, en consultation et en coordination avec les autorités sanitaires (voir le standard 1 sur les systèmes de santé, note d'orientation 12, page 344). On trouvera un complément d'informations sur la manière appropriée de procéder aux inhumations dans la section Références et bibliographie complémentaire.

7. Drainage

Les eaux de surface dans les habitats, ou à proximité, peuvent provenir des eaux usées des ménages ou des points d'eau, des fuites éventuelles dans les toilettes et les égouts, de l'eau de pluie ou des crues. Les principaux risques pour la santé associés à l'eau de surface sont la contamination des systèmes d'approvisionnement en eau et du cadre de vie, les dégâts occasionnés aux toilettes et aux habitations, la reproduction des vecteurs de maladies et la noyade. Les eaux pluviales et les eaux de crues peuvent aggraver la situation en matière de drainage dans un habitat et accroître encore le risque de contamination. Afin de réduire les risques potentiels pour la santé des populations touchées par une catastrophe, il faudra mettre en œuvre un bon plan d'évacuation des eaux, selon lequel le drainage des pluies d'orage sera prévu dans le cadre du plan d'aménagement du site, et l'évacuation des eaux usées se fera au moyen d'un petit système de drainage sur site. Cette section aborde les problèmes et les activités liés au drainage à petite échelle. Quant au drainage à grande échelle, il est en général déterminé par le choix et le développement du site (voir le standard 2 sur les abris et l'habitat, note d'orientation 5, page 296).

Standard 1 sur le drainage : le travail de drainage

La population touchée par une catastrophe vit dans un environnement où sont réduits au minimum les risques pour la santé et les autres risques que posent l'érosion par l'eau et les eaux stagnantes, constituées notamment des eaux pluviales, des eaux de crues, et des eaux usées domestiques ou provenant d'établissements médicaux.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Installer des systèmes de drainage appropriés, de sorte que les zones d'habitation et les points de distribution d'eau restent exempts d'eaux usées stagnantes, et que le dispositif d'écoulement des eaux de pluie reste dégagé (voir les notes d'orientation 1, 2, 4 et 5).
- ▶ Se mettre d'accord avec la population touchée par la catastrophe sur la manière de traiter le problème de drainage et fournir les outils appropriés en nombre suffisant pour les petits travaux de drainage et l'entretien, si nécessaire (voir la note d'orientation 4).



- ▶ Faire en sorte que tous les points d'eau et toutes les installations pour le lavage des mains disposent d'un système d'écoulement adéquat, afin d'éviter la formation de boue (voir la note d'orientation 2).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Le drainage au niveau des points d'eau est bien planifié, construit et entretenu. Il s'agit entre autres du drainage des zones réservées à la lessive et à la toilette, ainsi que des points de collecte d'eau et de lavage des mains (voir les notes d'orientation 2 et 4).
- ▶ Les eaux de drainage ne polluent pas les eaux de surface ni les sources d'eau souterraine (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Les abris, les sentiers et les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement ne sont ni submergés ni érodés par l'eau (voir les notes d'orientation 2 à 4).
- ▶ Les eaux de drainage n'entraînent pas d'érosion du sol (voir la note d'orientation 5).

Notes d'orientation

1. **Choix et aménagement du site** : la meilleure manière de maîtriser les problèmes de drainage consiste à bien choisir le site et à bien concevoir le plan de l'habitat (voir les standards 1 et 2 sur les abris et l'habitat, pages 287 et 293).
2. **Eaux usées** : les eaux grises ou eaux usées domestiques deviennent des eaux d'égout quand elles sont mélangées aux excréments humains. À moins que l'habitat ne se situe en un endroit où il y a déjà un système d'égouts, on fera en sorte que les eaux usées domestiques ne se mélangent pas aux excréments humains. Les eaux d'égout sont en effet plus difficiles et plus coûteuses à traiter que les eaux usées domestiques. Au niveau des points d'eau et des zones réservées à la lessive et à la toilette, on encouragera, dans la mesure du possible, la création de petits jardins où l'on utilisera les eaux usées. On veillera tout spécialement à empêcher que les eaux usées des zones réservées à la lessive et à la toilette ne contaminent les sources d'eau.
3. **Drainage et évacuation des excréments** : il faut veiller tout particulièrement à empêcher les débordements de toilettes et d'égouts, afin d'éviter des dégâts structurels et des fuites.
4. **Promotion** : il est essentiel de faire participer la population touchée par une catastrophe à la mise en place de petites installations de drainage, car elle a souvent une bonne connaissance de l'écoulement naturel des eaux usées et de l'emplacement idéal des canaux de drainage. En outre, si elle comprend

les risques physiques et sanitaires en présence et qu'elle a apporté son aide lors de la construction du système de drainage, elle sera plus susceptible de l'entretenir (voir la section sur la lutte antivectorielle, page 127). Il faudra alors éventuellement lui apporter un soutien technique et fournir des outils.

- 5. *Évacuation sur site*** : dans la mesure du possible, et si les conditions du sol sont favorables, le drainage des points d'eau, des zones de lessive et des zones de lavage des mains devra se faire sur site plutôt que par le biais de canaux de drainage ouverts, qui sont difficiles à entretenir et se bouchent souvent. Des techniques simples et peu coûteuses comme les puits perdus ou la plantation de bananiers peuvent être utilisées pour l'évacuation des eaux usées sur site. Lorsque l'évacuation ailleurs que sur le site est la seule possibilité, les canaux de drainage sont préférables aux canalisations. Ils seront conçus de manière à permettre aussi bien l'écoulement rapide des eaux grises par temps sec que celui des eaux pluviales. Lorsque la pente est supérieure à 5%, des techniques d'ingénierie seront appliquées afin d'empêcher une érosion excessive. Quel que soit le processus utilisé pour le traitement de l'eau, il faudra contrôler minutieusement le drainage des résidus, afin que la population ne puisse pas utiliser cette eau et que celle-ci ne contamine pas les eaux de surface ou les sources d'eau souterraine.



Annexe 1

Aide-mémoire pour l'évaluation initiale des besoins en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de promotion de l'hygiène

Cette liste de questions est principalement destinée à évaluer les besoins, identifier les ressources indigènes et décrire les conditions locales. Elle n'aborde pas la question des ressources externes nécessaires en sus de celles qui sont immédiatement disponibles au niveau local.

1 Généralités

- ▶ Combien de personnes ont été touchées par la catastrophe et où se trouvent-elles ? Ventilez les données autant que possible en fonction du sexe, de l'âge, des handicaps, etc.
- ▶ Quels sont les trajets que feront probablement ces personnes ? Quels sont les facteurs à prendre en compte pour assurer leur sécurité et celle des interventions potentielles d'aide humanitaire ?
- ▶ Quelles sont les maladies courantes, actuelles ou potentielles, liées à l'eau et à l'assainissement ? Quelle est l'étendue probable et l'évolution prévisible des problèmes ?
- ▶ Qui sont les principales personnes qu'il faudra consulter ou avec lesquelles il faudra 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, les filles et les personnes vulnérables ?
- ▶ Quelles étaient les pratiques en matière d'eau et d'assainissement auxquelles la population était habituée avant la catastrophe ?
- ▶ Quelles sont les structures de pouvoir formelles et informelles (par exemple, dirigeants locaux, anciens, groupes de femmes) ?
- ▶ Comment les décisions sont-elles prises dans les familles et dans la communauté ?

2 Promotion de l'hygiène

- ▶ Quelles étaient les pratiques en matière d'eau et d'assainissement auxquelles la population était habituée avant la catastrophe ?
- ▶ Quelles pratiques sont nuisibles pour la santé, qui les utilise et pourquoi ?
- ▶ Quelles personnes continuent d'avoir des habitudes d'hygiène positives, et qu'est-ce qui leur permet de les conserver et les motive ?
- ▶ Quels sont les avantages et les inconvénients de toute proposition de changement dans les habitudes ?
- ▶ Quels sont les moyens de communication et de travail social de proximité existants, formels ou informels (agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels, clubs, coopératives, églises, mosquées, etc.) ?
- ▶ Y a-t-il un accès aux médias dans la région (radio, télévision, vidéo, journaux, etc.) ?
- ▶ Qu'y a-t-il comme médias et/ou organisations non gouvernementales (ONG) au niveau local ?
- ▶ Quels segments de la population faut-il cibler (mères, enfants, dirigeants locaux, préposés à la cantine communautaire, etc.) ?
- ▶ Quel type de système d'action de proximité pourrait fonctionner dans ce contexte (volontaires, clubs-santé, comités, etc.) pour assurer une mobilisation à la fois à court et à moyen termes ?
- ▶ Quels sont les besoins d'apprentissage parmi le personnel et les volontaires chargés de la promotion de l'hygiène ?
- ▶ Quels sont les produits non alimentaires disponibles, et quels sont les plus urgents en fonction des préférences et des besoins ?
- ▶ Quelle est l'efficacité des pratiques d'hygiène dans les établissements médicaux (particulièrement important en cas d'épidémie) ?

3 Approvisionnement en eau

- ▶ Quelle est la source d'eau utilisée actuellement et qui sont les utilisateurs ?
- ▶ Quelle est la quantité d'eau disponible par personne et par jour ?
- ▶ À quelle fréquence journalière/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 en eau actuel est-il fiable ? Combien de temps durera-t-il ?
- ▶ Les personnes touchées par la catastrophe disposent-elles d'un nombre suffisant de récipients de dimensions et de type appropriés ?
- ▶ La source d'eau est-elle contaminée ou risque-t-elle de l'être (contamination microbiologique ou chimique/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, même si l'eau fournie n'est pas contaminée ?
- ▶ 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'approvisionnement en eau disponibles ?
- ▶ Est-il possible de déplacer la population si les sources d'eau sont insuffisantes ?
- ▶ Est-il possible de fournir de l'eau au moyen de camions-citernes si les sources d'eau sont insuffisantes ?
- ▶ Quels sont les principaux problèmes d'hygiène liés à l'approvisionnement en eau ?
- ▶ Les personnes touchées par la catastrophe disposent-elles des moyens d'utiliser l'eau de façon hygiénique ?
- ▶ 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 un impact sur l'environnement résultant d'éventuelles mesures d'approvisionnement en eau, de prélèvement de l'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 ?

4 Évacuation des excréments

- ▶ Quelle est la pratique actuelle en ce qui concerne la défécation ? S'il s'agit de défécation à l'air libre, y a-t-il une zone désignée ? Cette zone est-elle sûre ?
- ▶ Quelles sont les croyances et les pratiques actuelles, y compris celles spécifiques à chaque sexe, concernant l'évacuation des excréments ?

- ▶ Y a-t-il des installations prévues à cet effet? Dans l'affirmative, sont-elles utilisées, sont-elles suffisantes et fonctionnent-elles bien ? Peuvent-elles être agrandies ou adaptées ?
- ▶ 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 ?
- ▶ Les personnes touchées par la catastrophe se lavent-elles les mains après la défécation et avant la préparation et la consommation de nourriture ? Ont-elles du savon ou d'autres produits pour se laver ?
- ▶ Ces personnes sont-elles au courant de la construction de toilettes et de la manière de les utiliser ?
- ▶ Quels sont les matériaux disponibles localement pour construire des toilettes ?
- ▶ Les personnes touchées par la catastrophe sont-elles disposées à utiliser des latrines à fosse, des terrains de défécation, des tranchées, etc. ?
- ▶ Y a-t-il assez de place pour les terrains de défécation, les latrines à fosse, les toilettes, etc. ?
- ▶ Quelle est la pente du terrain ?
- ▶ Où se situe le niveau hydrostatique ?
- ▶ 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 ?
- ▶ Comment les femmes gèrent-elles les questions liées à la menstruation ? Y a-t-il du matériel ou des installations appropriés disponibles à cet effet ?
- ▶ Y a-t-il à disposition des installations ou un équipement spécifique qui permettent l'accès aux sanitaires pour les personnes handicapées ou les patients immobilisés dans un centre médical ?
- ▶ Quels aspects environnementaux devraient être évalués ?

5 Maladies à vecteurs

- ▶ Quels sont les risques de maladies à vecteurs, et à quel point ces risques sont-ils graves ?
- ▶ Y a-t-il des croyances (par exemple, la croyance que le paludisme est causé par une eau insalubre) et des pratiques traditionnelles liées aux vecteurs et aux maladies qu'ils transmettent ? Certaines d'entre elles sont-elles utiles ou, au contraire, néfastes ?



- ▶ Si les risques de maladies à vecteurs sont élevés, les personnes menacées ont-elles accès à une protection individuelle ?
- ▶ Est-il possible d'apporter des changements à l'environnement local (en recourant au drainage, au débroussaillage, à l'évacuation des excréments, à 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, la réglementation et les ressources existants en matière de lutte antivectorielle et d'utilisation des substances chimiques ?
- ▶ Quelles informations faut-il donner et quelles précautions faut-il prescrire aux ménages ?

6 Gestion des déchets solides

- ▶ L'accumulation des déchets solides constitue-t-elle un problème ?
- ▶ Comment les personnes touchées par la catastrophe 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 enlever et les éliminer en dehors du site ?
- ▶ Quelle est la pratique normale concernant l'élimination des déchets solides pour la population touchée par la catastrophe (compost ou trous à ordures, système de ramassage, poubelles, etc.) ?
- ▶ Y a-t-il des installations et des activités médicales génératrices de déchets ? Comment ces déchets sont-ils éliminés ? Qui en est chargé ?
- ▶ Où les serviettes hygiéniques sont-elles jetées, et leur élimination se fait-elle de manière discrète et efficace ?
- ▶ Quel est l'impact du système actuel d'élimination des déchets solides sur l'environnement ?

7 Drainage

- ▶ Y a-t-il un problème de drainage (par exemple, inondation d'habitations ou de toilettes, sites de reproduction des vecteurs, eau polluée qui contamine les zones d'habitation ou les réserves d'eau) ?
- ▶ Le sol a-t-il tendance à être détrempé ?
- ▶ Les personnes touchées par la catastrophe ont-elles les moyens de protéger leurs habitations et leurs toilettes contre les inondations locales ?
- ▶ Les points d'eau et les bains sont-ils bien drainés ?

Annexe 2

Quantités minimums d'eau pour les institutions et autres utilisations

Centres de santé et hôpitaux	5 l/patient ambulatoire 40 à 60 l/patient hospitalisé/jour Des quantités supplémentaires peuvent être nécessaires pour l'équipement de blanchissage, les chasses d'eau des toilettes, etc.
Centres de traitement du choléra	60 l/patient/jour 15 l/soignant/jour
Centres d'alimentation thérapeutique	30 l/patient hospitalisé/jour 15 l/soignant/jour
Centres d'accueil ou de transit	15 l/personne/jour, si le séjour dure plus d'un jour 3 l/personne/jour, si le séjour est limité à la journée (du matin au soir seulement)
Écoles	3 l/élève/jour pour la boisson et le lavage des mains (utilisation pour les toilettes non incluse, voir ci-après Toilettes publiques)
Mosquées	2 à 5 l/personne/jour pour la toilette et la boisson
Toilettes publiques	1 à 2 l/utilisateur/jour pour le lavage des mains 2 à 8 l/cabine/jour pour le nettoyage des toilettes
Toutes les toilettes à chasse d'eau	20 à 40 l/utilisateur/jour pour les toilettes conventionnelles à chasse d'eau mécanique raccordées aux égouts 3 à 5 l/utilisateur/jour pour les toilettes à chasse manuelle
Toilette anale	1 à 2 l/personne/jour
Bétail	20 à 30 l/animal de grande ou moyenne taille/jour 5 l/petit animal/jour



Annexe 3

Nombre minimum de toilettes dans les lieux publics et les institutions en situation de catastrophe

Institution	Court terme	Long terme
Marchés	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/ de transit	1 toilette pour 50 personnes 3/1 femmes/hommes	
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).

Annexe 4

Maladies liées à l'eau et aux excréments et modes de transmission

Maladies hydriques ou dues à un manque d'hygiène	Choléra, shigellose, diarrhée, salmonellose, etc. Typhoïde, paratyphoïde, etc. Dysenterie amibienne, giardiase Hépatite A, poliomyélite, diarrhée à rotavirus	Oro-fécale bactérienne Oro-fécale non bactérienne	Contamination de l'eau Assainissement médiocre Hygiène personnelle médiocre Contamination des récoltes
Maladies dues à un manque d'hygiène ou à une pénurie d'eau	Infections de la peau et des yeux Typhus à poux et fièvre récurrente à poux		Eau insuffisante Hygiène personnelle médiocre
Helminthiases liées aux excréments	Ascarides, ankylostomes, trichocéphales, etc.	Helminthes transmises par le sol	Défécation à l'air libre Contamination du sol
Plathelminthes du porc et du bœuf	Téniases	Homme-Animal	Viande mal cuite Contamination du sol
Maladies d'origine aquatique	Schistosomiase, ver de Guinée, clonorchiasse, etc.	Séjour prolongé dans une eau contaminée	Contamination de l'eau
Insectes vecteurs liés à l'eau	Paludisme, dengue, maladie du sommeil, filariose, etc.	Piqûres de moustiques ou de mouches	Piqûres près de l'eau Reproduction près de l'eau
Insectes vecteurs liés aux excréments	Diarrhée et dysenterie	Transmission par les mouches ou les blattes	Environnement insalubre



Annexe 5

Activités minimums relatives à l'hygiène, à l'assainissement et aux mesures de quarantaine dans les centres de traitement du choléra

Principes de base que tous les établissements médicaux et centres de traitement du choléra doivent suivre :

1. Les cas graves doivent être placés en quarantaine.
2. Les excréments (selles et vomissures) doivent être placés dans des conteneurs fermés.
3. Il doit y avoir un seul soignant par patient.
4. Les mains doivent être lavées à l'eau chlorée.
5. Tous les sols doivent être lavables.
6. Les pieds (ou les chaussures) doivent être désinfectés lorsqu'on quitte le centre.
7. Les vêtements des personnes infectées doivent être désinfectés avant qu'elles ne quittent le centre (les faire bouillir, par exemple).
8. Les sols et toutes les zones du centre doivent être régulièrement nettoyés.
9. Les patients et les soignants doivent disposer de toilettes et de salles de bains séparées.
10. La nourriture doit être préparée dans le centre. Si elle est préparée à l'extérieur, il faut la sortir du conteneur à l'entrée du centre pour éviter de contaminer le conteneur avec des vibrions cholériques et de répandre ceux-ci au dehors.
11. Un suivi doit être assuré auprès des familles proche et éloignée du patient, pour être sûr qu'il n'y a pas d'autres cas. Le logement doit être désinfecté, et il faut donner des informations sur les mesures d'hygiène.
12. Si des personnes ont utilisé les transports publics pour arriver au centre, les véhicules doivent être désinfectés.
13. Les écoulements d'eau de pluie et d'eaux usées doivent être contenus et traités dans l'enceinte de la zone de quarantaine.
14. Les déchets doivent être traités dans l'enceinte de la zone de quarantaine.

Solutions chlorées à utiliser dans les centres de traitement du choléra

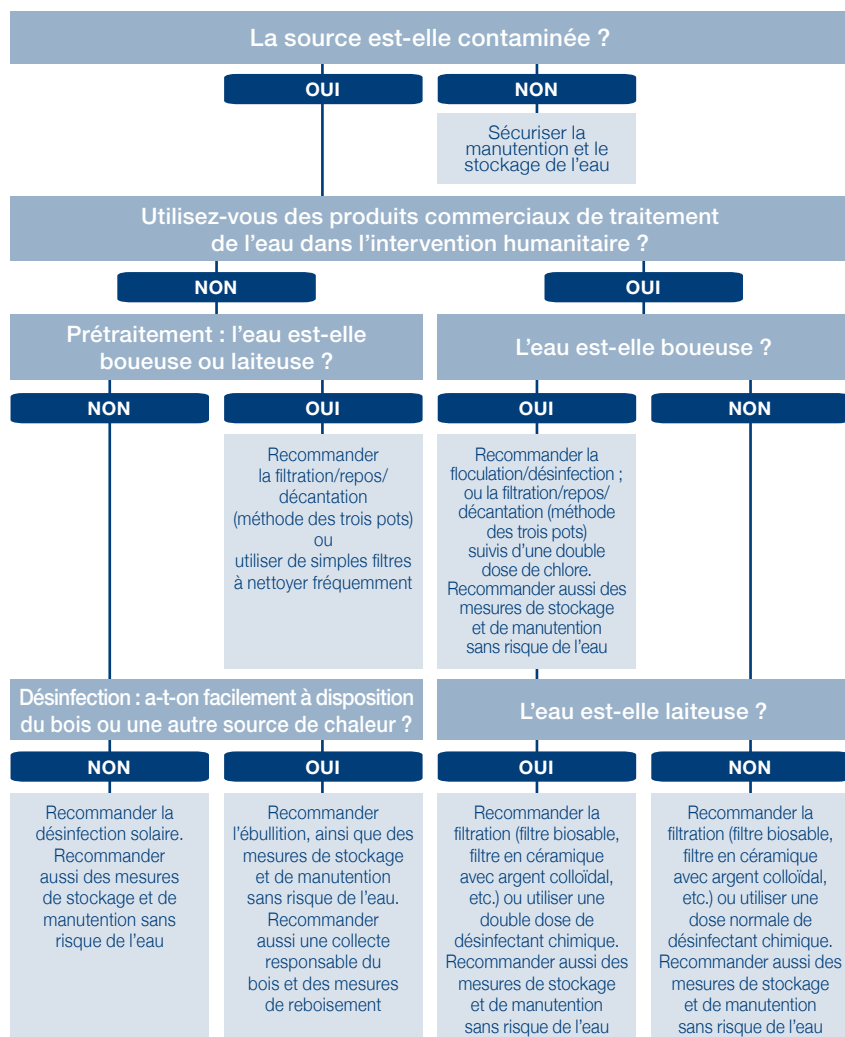
Dilution de chlore selon les utilisations	Solution 2%	Solution 0,2%	Solution 0,05%
	Déchets et excréments Cadavres	Sols Objets/lits Pédiluves Vêtements	Mains Peau

Note : les solutions doivent être préparées chaque jour, car la lumière et la chaleur les altèrent.



Annexe 6

Arbre de décision pour le traitement et le stockage de l'eau à usage domestique



Adapté de *Traitement et stockage sûr de l'eau à domicile dans les situations d'urgence*, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2008.

Références et bibliographie complémentaire

Sources

Instruments juridiques internationaux

Le droit à l'eau (articles 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 15, document ONU E/C.12/2002/11, 20 janvier 2003.

Ouvrages généraux

Davis J. and Lambert R., Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition, RedR/IT Publications, London, 2002.

Médecins sans frontières, Technicien sanitaire en situation précaire, 2^e édition, MSF, Paris, 1994.

Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE), Normes minimales pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement, New York, 2010.

Walden V. M., O'Reilly M. and Yetter M., Humanitarian Programmes and HIV and AIDS : A practical approach to mainstreaming, Oxfam GB, Oxford, 2007.

Enquêtes sanitaires

British Geological Survey, ARGOSS Manual, London, 2001.

Égalité des sexes

Comité permanent interorganisations (CPI-IASC), « Égalité des sexes et eau, assainissement et hygiène dans les situations d'urgence », dans : Femmes, filles, garçons et hommes. Des besoins différents, des chances égales (Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire), Genève, 2008.

www.humanitarianinfo.org/iasc/documents/products/docs/Gender%20Handbook_French%20Complete%20Rev.pdf



Promotion de l'hygiène

Almedom A., Blumenthal U. et Manderson L., Procédures d'évaluation sanitaire. Approches et méthodes pour l'évaluation des pratiques d'hygiène relatives à l'eau et à l'assainissement, Fondation internationale pour la nutrition, Practical Action Publishing, Royaume-Uni, 1998. www.inffoundation.org/publications.htm

Ferron S., Morgan J. and O'Reilly M., Hygiene Promotion : A Practical Manual for Relief and Development, Practical Action Publishing, UK, 2000. practicalactionpublishing.org/publishing/Hygiene%20Promotion

Section d'aide à l'implantation de la réforme humanitaire, cluster Eau/assainissement et hygiène – Projet de promotion de l'hygiène. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

Approvisionnement en eau

Action contre la faim, Eau – Assainissement – Hygiène pour les populations à risque, Paris, 2005.

www.actioncontrelafaim.org/publications/scientifiques-et-techniques/

House S. and Reed R., Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment, Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, UK, 1997.

wedc.lboro.ac.uk/knowledge/bookshop.html

Besoins en eau pour la sécurité alimentaire

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, FAO Water. www.fao.org/nr/water/index_fr.html

Besoins en eau pour le bétail

LEGS, Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (Livestock Emergency Guidelines and Standards), Practical Action Publishing, RU, 2009.

www.livestock-emergency.net/userfiles/LEGS_French_final%20reduced%20size.pdf

Qualité de l'eau

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Directives pour la qualité de l'eau de boisson, 3^e édition, Genève, 2004. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/fr

Plan de salubrité de l'eau

World Health Organization (WHO), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer, 2005.

www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/index.html

Évacuation des excréments

Harvey P., Excreta disposal in Emergency : A field manual, WEDC, Loughborough University, UK, 2007. wedc.lboro.ac.uk/knowledge/bookshop.html

Lutte antivectorielle

Hunter P., Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997.

Lacarin C.J. and Reed R.A., Emergency Vector Control Using Chemicals, WEDC, Loughborough University, UK, 1999.

Thomson M., Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations, Oxfam GB, 1995.

Déchets solides

Center for Appropriate Technology, Designing a landfill, 2003.

www.lifewater.org/resources/san3/san3d1.pdf

The International Solid Waste Association (Association internationale des déchets solides). www.iswa.org

Gestion des dépouilles

WHO, Disposal of dead bodies in emergency conditions: WHO Technical Note for Emergencies No. 8, 2009.

www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/envsan/tn08/en/index.html

Déchets médicaux

Prüss A., Giroult E. and Rushbrook P. (eds.), Safe Management of Wastes from Health-Care Activities, currently under review, WHO, Geneva, 1999.

Drainage

Environmental Protection Agency (EPA) (Agence de protection de l'environnement), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173, Cincinnati, USA, 1980.



Bibliographie complémentaire

Ouvrages généraux

OMS et Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Bibliothèque virtuelle Santé et catastrophes.

helid.digicollection.org/fr/

WHO, Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide, Geneva, 2003.

www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/emergencies2002/en/

Évacuation des excréments

Harvey P. A., Baghri S. and Reed R. A., Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design, WEDC, Loughborough University, UK, 2002.

Lutte antivectorielle

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Lutte antivectorielle dans les situations de réfugiés, Genève, 1996.

www.unhcr.fr/4ad2f894e.html

Warrell D. and Gilles H. (eds.), Essential Malariology, 4th Edition, Arnold, London, 2002.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance, Geneva, 1997

whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CTD_WHOPES_97.2.pdf

Gestion des dépouilles

Pan American Health Organization (PAHO) and WHO, Management of Dead Bodies in Disaster Situations, Disaster Manuals and Guidelines Series, No. 5, Washington DC, 2004.

www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

Déchets médicaux

WHO, Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management, Geneva, 2000.
healthcarewaste.org/documents/aidememoire_gb.pdf

WHO, Healthcare waste management (gestion des déchets médicaux).
www.healthcarewaste.org; www.who.int/topics/medical_waste/fr/

WHO, Injection safety (sécurité des injections).
www.who.int/injection_safety/en/

Handicap et vulnérabilité générale

Jones H. and Reed R., L'alimentation en eau et les installations sanitaires pour les personnes handicapées et autres groupes vulnérables. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, Royaume-Uni, 2005. wedc.lboro.ac.uk/docs/research/WEJY3/Flyer_-_WSFDP_-_French.pdf

Oxfam GB, Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies, Technical Briefing Note 1, Oxfam, UK, 2007. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB, Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies, Technical Briefing Note 2, Oxfam, UK, 2007. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf



Standards minimums sur la sécurité alimentaire et la nutrition



Comment utiliser ce chapitre

Ce chapitre est divisé en quatre sections principales :

Évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments

Sécurité alimentaire

La quatrième section, Sécurité alimentaire, est elle-même subdivisée en trois sous-sections, à savoir : la sécurité alimentaire et les transferts de vivres ; la sécurité alimentaire et les transferts d'argent liquide et de bons d'achat ; et la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance.

Il faut, dans la mise pratique du présent chapitre, tenir compte systématiquement des principes de protection et des standards essentiels.

Bien que prévus principalement pour guider l'intervention humanitaire en cas de catastrophe, les standards minimums peuvent aussi être pris en considération pendant la préparation aux catastrophes et la période de transition vers les activités de relèvement.

Chaque section (et sous-section) comprend les éléments suivants :

- **Les standards minimums** : ils sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimums à atteindre dans les interventions humanitaires ayant pour but de fournir de la nourriture et des apports nutritionnels.
- **Les actions clés** : ce sont les activités suggérées et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les standards minimums.
- **Les indicateurs clés** : ce sont des « signaux » qui indiquent si oui ou non le standard a été atteint. Ils sont un moyen de mesurer et de communiquer les processus et les résultats des actions clés. Ils se rapportent au standard minimum, et non à l'action clé elle-même.
- **Les notes d'orientation** : elles portent sur des points particuliers à prendre en compte lors de l'application des standards minimums, des actions clés et des indicateurs clés dans différentes situations. Elles donnent des orientations pour résoudre les difficultés pratiques, ainsi que des points de repère et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux standards, aux actions ou aux indicateurs, et exposer les dilemmes, controverses ou lacunes subsistant dans l'état actuel des connaissances.

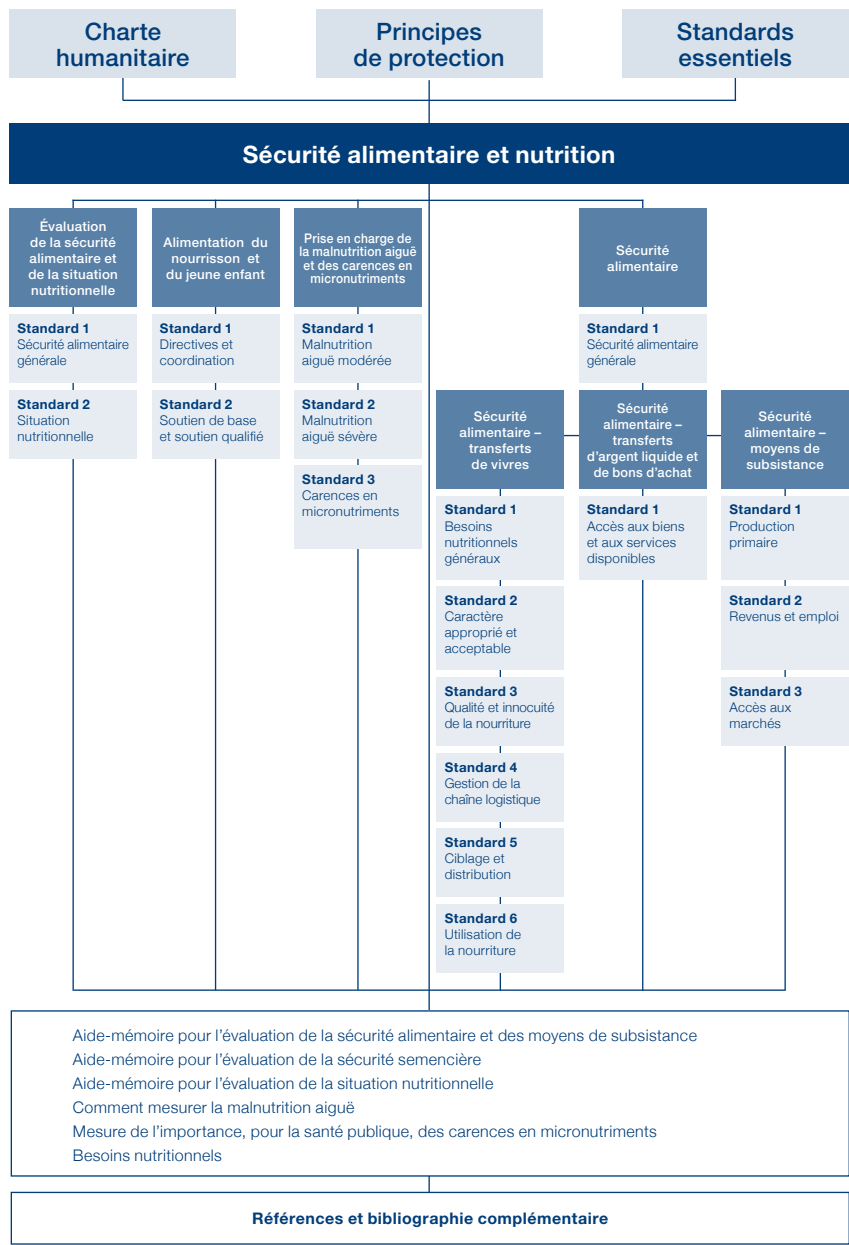
Si les indicateurs clés ne peuvent être atteints ni les actions clés menées, les conséquences néfastes qui en résultent pour la population touchée par une catastrophe doivent être évaluées et des mesures d'atténuation appropriées doivent être prises.

Les annexes comprennent des aide-mémoire pour les évaluations, ainsi que des conseils sur la manière de mesurer la malnutrition aiguë et de déterminer, en matière de santé publique, l'importance des carences en micronutriments et des besoins nutritionnels. On y trouvera aussi une liste de références et une bibliographie complémentaire renvoyant à des ouvrages sur les questions, tant générales que plus spécifiques, relatives à ce chapitre.

Table des matières

Introduction	163
1. Évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle	171
2. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	181
3. Prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments	189
4. Sécurité alimentaire	202
4.1. Sécurité alimentaire – transferts de vivres	207
4.2. Sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat ...	231
4.3. Sécurité alimentaire – moyens de subsistance	236
Annexe 1: Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance	248
Annexe 2: Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité semencière	250
Annexe 3: Aide-mémoire pour l'évaluation de la situation nutritionnelle	252
Annexe 4: Comment mesurer la malnutrition aiguë	255
Annexe 5: Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments	259
Annexe 6: Besoins nutritionnels	262
Références et bibliographie complémentaire	266





Introduction

Liens avec la Charte humanitaire et le droit international

Les standards minimums sur la sécurité alimentaire et la nutrition sont une expression concrète des convictions et des engagements que partagent les agences humanitaires, et des principes communs qui régissent l'action humanitaire tels qu'ils sont formulés dans la Charte humanitaire. Fondés sur le principe d'humanité et repris dans le droit international, ces principes sont notamment le droit de vivre dans la dignité, le droit à la protection et à la sécurité, et le droit à une assistance humanitaire fournie selon les besoins. Une liste des documents juridiques et d'orientation essentiels sur lesquels repose la Charte humanitaire est fournie pour référence à l'annexe 1 (page 406), accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires.

Bien qu'il incombe au premier chef aux États de garantir les droits énumérés ci-dessus, les agences humanitaires ont, elles, la responsabilité de veiller à ce que leur travail auprès des populations touchées par une catastrophe se fasse dans le respect de ces droits. De ceux-ci, qui sont de portée générale, en découlent d'autres plus spécifiques. Il s'agit notamment du droit à la participation, du droit à l'information et du droit à la non-discrimination – qui sous-tendent les standards essentiels –, ainsi que des droits portant plus particulièrement sur l'eau, l'assainissement, l'alimentation, l'abri et la santé, sur lesquels reposent lesdits standards essentiels et les standards minimums exposés dans ce manuel.

Toute personne a droit à une alimentation suffisante. Ce droit, reconnu dans des instruments juridiques internationaux, comprend le droit d'être à l'abri de la faim. Quand des personnes ou des groupes de personnes sont dans l'incapacité, pour des raisons qu'ils ne maîtrisent pas, de jouir du droit à une alimentation suffisante avec les moyens dont ils disposent, les États ont l'obligation d'y pourvoir directement. Le droit à l'alimentation implique pour les États les obligations suivantes :

- ▶ respecter l'accès existant à une alimentation suffisante : pour cela, les États parties ne doivent prendre aucune mesure qui empêcherait cet accès ;
- ▶ protéger cet accès : pour cela, les États doivent prendre des mesures visant à empêcher que des entreprises ou des personnes ne privent d'autres personnes de cet accès ;



- faciliter cet accès : pour cela, les États doivent entreprendre préventivement des activités destinées à renforcer l'accès de la population aux ressources et aux moyens qui lui permettent d'assurer sa subsistance, notamment la sécurité alimentaire, ainsi que l'utilisation de ces ressources et moyens.

Dans les situations de catastrophe, les États doivent fournir de la nourriture aux personnes qui en ont besoin ; ils peuvent faire appel à l'aide internationale si leurs propres ressources ne suffisent pas. Ils doivent également faciliter à l'aide internationale un accès en toute sécurité et sans entrave.

Les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels établissent le droit d'avoir accès à la nourriture dans les situations de conflit armé et d'occupation. Il est interdit d'utiliser contre les civils la famine comme méthode de guerre. Il est également interdit d'attaquer, de détruire, d'enlever ou de mettre hors d'usage les denrées alimentaires et les zones agricoles qui les produisent, les récoltes, le bétail, les installations et réserves d'eau potable et les ouvrages d'irrigation. 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. Les États doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour que les réfugiés et les personnes déplacées dans leur pays aient accès en tout temps à une alimentation suffisante.

Les standards minimums exposés dans le présent chapitre reflètent l'essence même du droit à l'alimentation et contribuent à sa réalisation progressive au niveau mondial.

Importance de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans les situations de catastrophe

L'accès à la nourriture et le maintien d'un état nutritionnel adéquat sont des facteurs déterminants pour la survie des personnes lors d'une catastrophe. Les personnes touchées par une catastrophe sont souvent déjà chroniquement sous-alimentées quand celle-ci les frappe. La sous-alimentation est un grave problème de santé publique et l'une des principales causes de mortalité, que ce soit directement ou indirectement.

Les causes de la sous-alimentation sont complexes. Le cadre conceptuel ci-après est un outil analytique qui montre l'interaction entre les divers facteurs contribuant à la sous-alimentation. Les causes immédiates sont la maladie et/ou un apport alimentaire insuffisant, qui résultent de la pauvreté sous-jacente, de l'insécurité alimentaire des ménages, de mauvaises pratiques en matière de soins dans les ménages ou la communauté, d'une eau de mauvaise qualité, du

manque d'hygiène et d'assainissement, et d'un accès insuffisant aux soins de santé. Des catastrophes telles que les cyclones, les tremblements de terre, les inondations, les conflits armés et la sécheresse ont toutes une influence directe sur les causes profondes de la sous-alimentation. La vulnérabilité d'un ménage ou d'une communauté détermine sa capacité d'endurer ces chocs. La capacité de gérer les risques qui en découlent dépend largement des caractéristiques d'un ménage ou d'une communauté, en particulier de ses ressources et de ses stratégies d'adaptation et de subsistance.

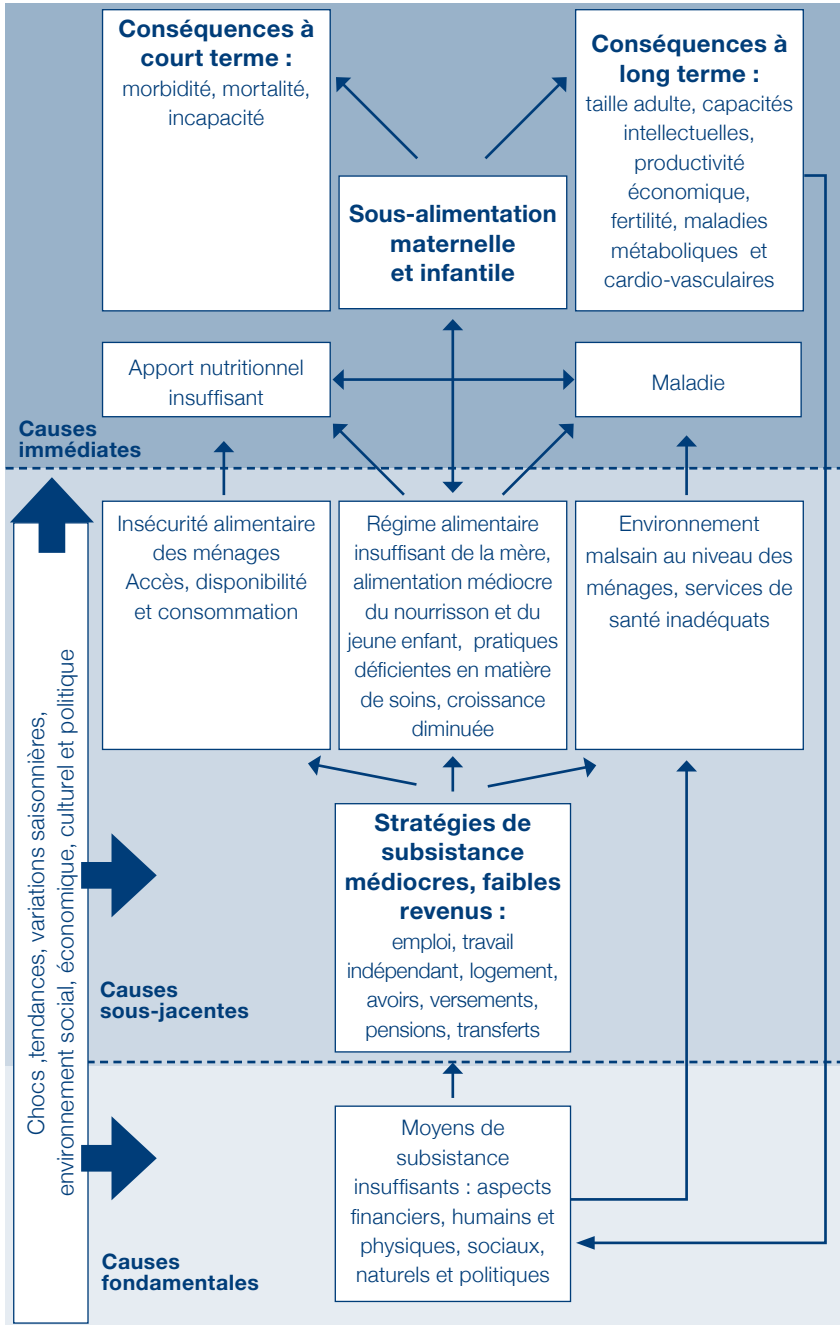
Dans ce chapitre, on utilise les définitions suivantes :

- ▶ *La sécurité alimentaire* existe lorsque toutes les personnes ont, en tout temps, 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. Cette définition de la sécurité alimentaire comporte trois éléments :

 - *la disponibilité* : il s'agit de la quantité, de la qualité et du caractère saisonnier de l'approvisionnement alimentaire dans la région touchée par une catastrophe. Elle comprend, entre autres, les sources locales de production (agriculture, bétail, pêche, aliments sauvages) et les aliments importés par des marchands (des interventions du gouvernement et des agences peuvent influencer sur la disponibilité). Les marchés locaux en mesure de fournir des denrées alimentaires à la population sont des facteurs déterminants de disponibilité ;
 - *l'accès* : il s'agit de la capacité d'un ménage de se procurer en toute sécurité suffisamment d'aliments pour répondre aux besoins nutritionnels de tous ses membres. Il mesure la capacité du ménage d'acquérir des aliments disponibles en combinant la production domestique et les stocks, les achats, le troc, les cadeaux, l'emprunt ou les transferts de vivres/d'argent liquide et/ou de bons d'achat ;
 - *l'utilisation* : il s'agit de l'utilisation par un ménage de la nourriture à laquelle il a accès, notamment l'entreposage, la transformation et la préparation, ainsi que la distribution au sein du ménage. Il s'agit également de la capacité de chaque personne d'absorber et de métaboliser les nutriments, capacité qui peut être limitée par la maladie et la malnutrition.
- ▶ Les moyens de subsistance englobent les capacités, les biens (les ressources naturelles, matérielles et sociales, notamment) et les activités auxquels un ménage a recours pour assurer sa survie et son bien-être futur. Les stratégies de subsistance sont les activités ou les moyens pratiques qui permettent aux personnes d'utiliser leurs biens pour se faire un revenu et atteindre d'autres buts ayant trait à leur subsistance. Les stratégies d'adaptation sont définies comme des réponses provisoires imposées par l'insécurité alimentaire. Les moyens de subsistance d'un ménage sont garantis quand celui-ci peut



Cadre conceptuel des causes de sous-alimentation



surmonter les catastrophes et s'en remettre, et préserver ou améliorer ses capacités et ses biens de production.

- La nutrition est un terme général désignant les processus relatifs à l'absorption, la digestion et l'utilisation des aliments par le corps pour sa croissance et son développement, ainsi que pour la reproduction, les activités physiques et la préservation de la santé. Le terme « malnutrition » inclut, d'un point de vue technique, la sous-alimentation (ou sous-nutrition) et la surnutrition. La sous-alimentation englobe divers syndromes, notamment la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments. La malnutrition aiguë est caractérisée par une émaciation (maigreur) et/ou un œdème nutritionnel, tandis que la malnutrition chronique est caractérisée par un retard de croissance (petite taille). Le retard de croissance et l'émaciation sont deux formes de défaut de croissance. Dans le présent chapitre, nous parlerons de « sous-alimentation » et utiliserons le terme « malnutrition » quand il s'agit spécifiquement de malnutrition aiguë.

Le schéma montre que l'exposition au risque de sous-alimentation est déterminée par la fréquence et la gravité des catastrophes naturelles ou causées par l'homme, ainsi que par leur portée socioéconomique et géographique. Les facteurs déterminants de la capacité d'adaptation sont notamment le niveau des ressources d'un ménage sur les plans financier, humain, physique, social, naturel et politique ; le niveau de la production, des revenus et de la consommation du ménage, et sa capacité de diversifier ses sources de revenus ainsi que sa consommation pour atténuer les effets des risques auxquels il est exposé.

La vulnérabilité du nourrisson et du jeune enfant exige qu'une attention prioritaire soit portée à leur nutrition. En effet, la prévention de la sous-alimentation est aussi importante que le traitement de la malnutrition aiguë. Les interventions de sécurité alimentaire peuvent être déterminantes pour l'état nutritionnel et la santé du nourrisson et du jeune enfant à court terme, et leurs chances de survie et de bien-être à long terme.

Les femmes jouent souvent un rôle plus important dans la planification et la préparation de la nourriture pour leur famille. Après une catastrophe, il arrive que les stratégies familiales de subsistance changent. Pour améliorer la sécurité alimentaire du ménage, il est donc capital de reconnaître les rôles distincts de chacun en matière de nutrition familiale. Il est également important de comprendre les besoins nutritionnels particuliers des femmes enceintes et des mères allaitantes, des jeunes enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées pour y répondre par des apports alimentaires appropriés.

Dans une situation de catastrophe, la réponse en termes de sécurité alimentaire et de nutrition sera d'autant meilleure qu'on s'y sera mieux préparé. Cette préparation est la résultante des capacités, des relations et des connaissances qu'ont pu



développer les gouvernements, les agences humanitaires, les organisations locales de la société civile, les communautés et les individus pour anticiper les situations et gérer efficacement les dangers probables, imminents ou existants. Elle repose sur une analyse des risques et est étroitement liée aux systèmes d'alerte précoce. La préparation comprend la mise au point de plans d'urgence, la constitution de stocks de matériel et de fournitures, les services d'intervention d'urgence, les dispositifs de mise en alerte, la formation du personnel et la planification au niveau communautaire, avec entraînements et exercices.

Les principaux domaines d'intervention en matière de sécurité alimentaire et de nutrition lors de catastrophes qui sont couverts dans le présent manuel sont les suivants : l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments, les transferts de vivres, les transferts d'argent liquide et de bons d'achat, et les moyens de subsistance.

Liens avec les autres chapitres

Nombre des standards figurant dans les autres chapitres concernent aussi le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des standards d'un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès réalisés dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. La coordination avec les autorités locales, les autres agences participant à l'intervention et les associations locales est, elle aussi, nécessaire pour que les besoins soient satisfaits, que les efforts déployés ne fassent pas double emploi, et que la qualité des interventions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition soit optimisée.

Parmi les causes profondes de la malnutrition, le cadre conceptuel relatif à la sous-alimentation (voir la page 166) met en évidence un environnement domestique malsain et des services de santé inadéquats. Pour prévenir la malnutrition ou y remédier, il faut donc que les interventions atteignent les standards minimums exposés dans ce chapitre et ceux consacrés au programme WASH, aux abris et à la santé. Il faut aussi qu'elles atteignent les standards essentiels et répondent aux principes de protection. En effet, pour assurer la sécurité alimentaire et la nutrition de tous les groupes d'une manière qui garantisse leur survie et veille au respect de leur dignité, il ne suffit pas d'atteindre les seuls standards exposés dans le présent chapitre.

On se référera également, s'il y a lieu, à des standards ou à des notes d'orientation spécifiques d'autres chapitres et à des standards associés et complémentaires.

Liens avec les principes de protection et les standards essentiels

Pour réaliser les standards énoncés dans ce manuel, toutes les agences humanitaires doivent être guidées par les principes de protection, même si elles n'ont pas spécifiquement un mandat de protection ou ne sont pas spécialisées dans ce domaine. Les principes ne sont pas « absolus » : on sait que les circonstances peuvent limiter la mesure dans laquelle les agences parviennent à les appliquer. Ils sont néanmoins le reflet de préoccupations humanitaires universelles qui doivent guider l'action en tout temps.

Les standards essentiels couvrent l'intervention humanitaire centrée sur les personnes; la coordination et la collaboration; l'évaluation; la conception et l'intervention proprement dite; la performance, la transparence et l'apprentissage; et la performance des travailleurs humanitaires. Ils constituent un point de référence unique pour les modes d'action qui sous-tendent tous les autres standards du manuel. On ne peut donc atteindre les standards spécifiques de chaque chapitre technique sans appliquer en parallèle ces standards essentiels. C'est ainsi que, en particulier, pour qu'une intervention soit pertinente et de qualité, il faut faire participer le plus possible la population affectée, notamment les groupes et les individus qui courent le plus de risques en cas de catastrophe.

Facteurs de vulnérabilité et capacités des populations touchées par une catastrophe

Cette section est conçue pour être utilisée en parallèle avec les standards essentiels et les renforcer.

Il est important de comprendre que le fait d'être jeune ou âgé, d'être une femme, une personne handicapée ou une personne vivant avec le VIH, ne rend pas en soi la personne plus vulnérable ni ne l'expose à un risque accru. C'est plutôt la conjonction de plusieurs facteurs qui a cet effet. Ainsi, une personne de plus de 70 ans, par exemple, vivant seule et en mauvaise santé, sera sans doute plus vulnérable qu'une personne du même âge dans le même état de santé mais vivant au sein d'une famille élargie et jouissant de revenus suffisants. De la même manière, une petite fille de 3 ans est beaucoup plus vulnérable si elle est non accompagnée que si elle pouvait bénéficier des soins de parents responsables.

Tandis que les standards sur la sécurité alimentaire et la nutrition sont appliqués et les actions clés mises en œuvre, une analyse des facteurs de vulnérabilité et des capacités permet de faire en sorte que les efforts déployés dans l'intervention



aident sans discrimination celles et ceux qui ont droit à une assistance et qui en ont le plus besoin. Ceci exige une bonne connaissance du contexte local et de la façon dont telle ou telle situation de crise a des conséquences différentes selon les groupes de personnes touchés, en raison de facteurs de vulnérabilité préexistants (par exemple, leur extrême pauvreté ou une situation de discrimination), de leur exposition à diverses menaces pour leur sécurité (par exemple, actes de violence liés au sexe, dont l'exploitation sexuelle), de l'incidence et de la prévalence de diverses maladies (maladie à VIH ou tuberculose, notamment) et des risques d'épidémies (comme la rougeole ou le choléra). Les catastrophes peuvent exacerber les inégalités préexistantes. En fait, il est essentiel de soutenir les stratégies d'adaptation, la résilience et la capacité de récupération de la population affectée. Il faut encourager ses connaissances, son savoir-faire et ses stratégies, et s'attacher à ce qu'elle ait accès à des services d'appui social, juridique, financier et psychosocial. Il faut en outre l'aider à surmonter les divers obstacles physiques, culturels, économiques et sociaux qui peuvent l'empêcher d'avoir un accès équitable à ces services.

Ci-après quelques mesures importantes visant à ce que les droits et les capacités de toutes les personnes vulnérables soient dûment pris en compte :

- ▶ optimiser la participation de sorte qu'elle englobe tous les groupes représentatifs, en particulier ceux qui sont les moins visibles (comme les personnes ayant des difficultés à communiquer ou à se déplacer, celles qui vivent en institution, les jeunes ostracisés et d'autres groupes sous-représentés, voire pas du tout représentés ;
- ▶ ventiler les données par sexe et par âge (de 0 à 80 ans et au-delà) au cours de l'évaluation – élément important pour que le secteur de la sécurité alimentaire et de la nutrition prenne bien en compte la diversité des populations ;
- ▶ veiller à ce que tous les membres de la communauté soient informés de leur droit de savoir à quoi ils ont droit, et ce de manière complète et accessible.

Les standards minimums

1. Évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle

Dans une crise aiguë et lorsqu'il s'agit d'intervenir immédiatement, il suffit parfois de procéder rapidement à une première évaluation multisectorielle pour décider si oui ou non l'assistance doit être fournie dans les plus brefs délais. Cette évaluation initiale rapide permet de se faire sur-le-champ une idée claire du contexte spécifique à un moment donné. Il sera probablement nécessaire d'effectuer ensuite d'autres évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle auxquelles il faudra consacrer beaucoup de temps et de ressources, si l'on veut qu'elles soient correctement réalisées. L'évaluation est un processus continu, surtout dans les cas de crise prolongée, et elle doit servir de base au ciblage et à la prise de décision qui font partie de la gestion de l'intervention.

Idéalement, les évaluations de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle doivent se recouper. Elles doivent viser non seulement à repérer les obstacles à une nutrition adéquate mais également à déterminer les interventions qui permettront d'améliorer les disponibilités alimentaires et l'accès aux aliments, ainsi que d'optimiser l'utilisation des apports alimentaires. On trouvera, pour ces évaluations, des listes de vérification à l'annexe 1 : Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance, à l'annexe 2 : Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité semencière, et à l'annexe 3 : Aide-mémoire pour l'évaluation de la situation nutritionnelle.

Les deux standards de cette section, sur la sécurité alimentaire et la situation nutritionnelle respectivement, sont la suite logique du standard essentiel 3 (voir la page 69). Ils s'appliquent chaque fois que des interventions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition sont planifiées ou préconisées.



Standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle : sécurité alimentaire

Lorsque la population touchée par une catastrophe court un risque accru d'insécurité alimentaire, des évaluations sont réalisées selon des méthodes reconnues qui permettent de comprendre le type, 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 (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Utiliser des méthodes qui respectent des principes largement acceptés et les décrire en détail dans le rapport d'évaluation (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Recueillir et analyser les informations au stade initial de l'évaluation (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Analyser l'impact de l'insécurité alimentaire sur l'état nutritionnel de la population (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Tirer parti, quand c'est possible, des capacités locales, notamment des institutions formelles et informelles, pour réaliser l'évaluation (voir la note d'orientation 9).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ La sécurité alimentaire et les moyens de subsistance des personnes, des familles et des communautés font l'objet d'un examen qui guidera les interventions (voir les notes d'orientation 3 à 9).
- ▶ Les conclusions de l'évaluation sont résumées dans un rapport de synthèse qui contient des recommandations claires pour des actions ciblant les personnes et les groupes les plus vulnérables (voir les notes d'orientation 1 à 10).
- ▶ Les interventions sont basées sur les besoins alimentaires immédiats de la population, mais elles prennent aussi en considération la protection et la promotion de stratégies de subsistance (voir la note d'orientation 10).

Notes d'orientation

1. **Méthodes** : le champ d'application des évaluations et des procédures d'échantillonnage est important, même si elles sont informelles. Les évaluations de la sécurité alimentaire doivent avoir des objectifs précis et utiliser des méthodes reconnues sur le plan international. La confirmation par

différentes sources d'information (comme les évaluations de récoltes, les images satellites et les enquêtes d'évaluation auprès des ménages) est primordiale si l'on veut aboutir à des conclusions cohérentes (voir le standard essentiel 3, page 69, et la section Références et bibliographie complémentaire).

2. **Sources d'information** : il peut exister des informations secondaires sur la situation avant la catastrophe. Les hommes et les femmes ayant des rôles différents et complémentaires lorsqu'il s'agit d'assurer le bien-être nutritionnel du foyer, ces informations doivent être, dans la mesure du possible, ventilées par sexe (voir le standard essentiel 3, page 69 et l'annexe 1 : Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance).
3. **Disponibilités alimentaires, accès aux aliments, consommation et utilisation** : (voir les définitions page 165). La consommation alimentaire désigne l'apport énergétique et nutritionnel ingéré par les membres d'une famille. Il n'est pas pratique de mesurer réellement la valeur énergétique ni les valeurs nutritionnelles pendant ces évaluations. L'écart constaté entre le nombre de repas consommés avant une catastrophe et après une catastrophe peut être un indicateur simple mais révélateur des changements intervenus en matière de sécurité alimentaire. Le nombre de groupes d'aliments consommés par une personne ou un ménage et la fréquence de consommation pendant une période de référence donnée indiquent la diversité alimentaire. Cette diversité est un bon indicateur indirect, surtout quand elle est corrélée avec le statut socioéconomique du ménage et avec l'apport énergétique total des aliments et la qualité du régime alimentaire. Il existe des outils pour mesurer efficacement les habitudes de consommation alimentaire et les problèmes qu'elles posent, notamment le calendrier saisonnier, le questionnaire sur la diversité alimentaire des ménages, l'échelle d'évaluation de l'insécurité alimentaire des ménages ou le profil de consommation alimentaire.
4. **Insécurité alimentaire et état nutritionnel** : l'insécurité alimentaire est une des trois causes profondes de la sous-alimentation. Il ne faut cependant pas penser que c'est la seule.
5. **Contexte** : l'insécurité alimentaire peut être la conséquence de facteurs macroéconomiques et sociopolitiques structurels plus importants, comme les politiques nationales et internationales, les processus ou les institutions ayant un impact sur l'accès des populations touchées par une catastrophe à une alimentation adéquate d'un point de vue nutritionnel, et la dégradation de l'environnement local. On parle alors le plus souvent d'insécurité alimentaire chronique, une situation à long terme qui résulte de vulnérabilités



structurelles éventuellement aggravées par les effets de la catastrophe. Les systèmes locaux et régionaux d'information sur la sécurité alimentaire, dont les systèmes d'alerte précoce contre la famine et le Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (Integrated Food Security Phase Classification, IPC), sont des mécanismes importants permettant d'analyser les informations.

6. **Analyse de l'intervention** : la sécurité alimentaire varie en fonction des moyens de subsistance des personnes considérées, de l'endroit où elles se trouvent, des systèmes de marché, de l'accès de ces personnes aux marchés locaux, de leur statut social (y compris le sexe et l'âge), de la période de l'année, de la nature de la catastrophe et des interventions qui en résultent. L'évaluation doit principalement porter sur la manière dont la population affectée se procurait de la nourriture et des revenus avant la catastrophe et sur la façon dont elle s'adapte maintenant à la situation. Lorsque les personnes touchées par la catastrophe ont été déplacées, la sécurité alimentaire de la population d'accueil doit elle aussi être prise en compte. L'évaluation doit également permettre d'analyser les marchés, les banques, les institutions financières ou d'autres mécanismes locaux de transfert en cas de transfert d'argent liquide, ainsi que la chaîne d'approvisionnement alimentaire, y compris les risques qui y sont liés (voir le principe de protection 1, page 38. Cela permettra d'évaluer la faisabilité des interventions relatives aux transferts d'argent liquide ou de vivres et la conception de mécanismes sûrs et efficaces de livraison.
7. **Analyse du marché** : elle doit faire partie de l'évaluation initiale et des évaluations ultérieures. Elle doit entre autres porter sur les tendances des prix, la disponibilité de biens et de services de base, l'impact de la catastrophe sur les structures du marché, et la durée de relèvement prévue. Si l'on connaît et comprend la capacité des marchés de fournir de l'emploi, de la nourriture, des produits et des services essentiels après une catastrophe cela peut faciliter la mise au point d'interventions appropriées, réalisées en temps voulu et d'un bon rapport coût-efficacité qui pourront améliorer l'économie locale. Pour protéger les moyens de subsistance, les systèmes de marché peuvent ne pas se limiter aux besoins à court terme constatés après une catastrophe, mais aussi fournir des aides à la production (semences, outils, etc.) et maintenir la demande d'emploi. Les programmes doivent être conçus pour soutenir les achats locaux quand c'est possible (voir le standard 4 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, notes d'orientation 2 et 3, page 219, le standard 1 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance, note d'orientation 7, page 241, et le standard 3 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance, note d'orientation 2, page 246).

8. **Stratégies d'adaptation** : l'évaluation et l'analyse doivent prendre en compte les différents types de stratégie d'adaptation, qui les applique et quand, si elles fonctionnent bien, et la nature des effets dommageables (si l'on en constate). Il est recommandé d'utiliser des outils tels que l'indice de stratégie de survie (Coping Strategy Index, CSI). Les stratégies varient, mais il y a aussi différents stades d'adaptation. Certaines stratégies d'adaptation sont normales, positives et mériteraient d'être appuyées. D'autres, parfois appelés stratégies de crise, peuvent nuire définitivement à la sécurité alimentaire future (vente de terres, migration – sous l'effet de la détresse – de familles entières, déforestation). Certaines stratégies d'adaptation auxquelles les femmes et les filles ont recours, ou qui leur sont imposées, peuvent avoir des conséquences importantes et néfastes sur leur santé, leur bien-être psychologique et leur intégration sociale. D'autres stratégies peuvent nuire à l'environnement, comme dans le cas de la surexploitation des ressources naturelles communes. L'analyse doit fixer un seuil de subsistance qui permette de définir la meilleure combinaison d'interventions pour protéger et renforcer la sécurité alimentaire, avant que toutes les options non préjudiciables ne soient épuisées (voir les principes de protection 1 et 2, pages 38 et 41).
9. **Analyse participative de la vulnérabilité** : il est crucial que les différents groupes d'hommes et de femmes, ainsi que les organisations et institutions locales compétentes, participent réellement à toutes les phases de l'évaluation. Les programmes doivent tirer parti des connaissances locales, être basés sur les besoins et adaptés au contexte local. Les régions exposées à des catastrophes naturelles récurrentes ou à des conflits armés de longue durée ont peut-être des systèmes ou des réseaux locaux d'alerte précoce et d'intervention d'urgence, et des plans d'urgence qu'il faudra incorporer dans toute évaluation. Il est indispensable d'associer les femmes à la conception et à la mise en œuvre des projets (voir les principes de protection 2 à 4, pages 38 à 47).
10. **Besoins immédiats et planification à long terme** : les interventions visant à répondre aux besoins alimentaires immédiats peuvent inclure des transferts de vivres, d'argent liquide et de bons d'achat. Ces interventions peuvent être menées de manière indépendante ou être combinées avec d'autres interventions liées aux moyens de subsistance. Si, au début d'une crise, la priorité est de répondre aux besoins immédiats et de préserver les moyens de production, il faut toujours planifier les interventions dans une optique à long terme ; il faut notamment être conscient des effets du changement climatique sur la réhabilitation d'un environnement dégradé.



Standard 2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle : situation nutritionnelle

Lorsque la population touchée par une catastrophe est exposée à un risque accru de sous-alimentation, les évaluations appliquent des méthodes reconnues sur le plan international qui permettent de comprendre le type, le degré et l'étendue de la sous-alimentation, de recenser les personnes les plus touchées ou les plus menacées, et de déterminer l'intervention la plus appropriée.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Rassembler les informations déjà obtenues lors d'évaluations réalisées avant la catastrophe et juste après, afin de mettre en lumière la nature et la gravité de la situation nutritionnelle (voir les notes d'orientation 1 à 6).
- ▶ Recenser les groupes ayant les plus grands besoins en termes de soutien nutritionnel et les facteurs sous-jacents qui peuvent avoir une incidence sur leur état nutritionnel (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Voir s'il faut procéder à des évaluations qualitatives ou quantitatives au niveau de la population pour mieux mesurer et comprendre le statut anthropométrique, l'état nutritionnel en micronutriments, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les pratiques en matière de soins maternels et les facteurs déterminants potentiels de la sous-alimentation (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Prendre en compte les avis de la communauté et d'autres parties prenantes locales à propos des facteurs déterminants potentiels de la sous-alimentation (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Inclure une évaluation de la capacité, aux niveaux national et local, de diriger et/ou de soutenir une intervention (voir les notes d'orientation 1 et 8).
- ▶ Utiliser les informations de l'évaluation nutritionnelle pour se rendre compte si la situation est stable ou si elle se détériore (voir les notes d'orientation 7 et 8).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Des méthodes d'évaluation et d'analyse, parmi lesquelles des indicateurs standardisés respectant des principes largement acceptés, sont adoptées pour les évaluations anthropométriques et non anthropométriques (voir les notes d'orientation 3 à 6).

- ▮ Les conclusions des évaluations sont présentées dans un rapport de synthèse qui contient notamment des recommandations claires pour des actions ciblant les personnes et les groupes les plus vulnérables (voir les notes d'orientation 3 à 6).

Notes d'orientation

1. **Informations contextuelles** : on peut rassembler des informations sur les causes de la sous-alimentation à partir de sources primaires ou secondaires, par exemple 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 les groupes communautaires. Quand on ne dispose d'aucune information concernant des domaines spécifiques d'évaluation ou d'intervention éventuelle, il convient de consulter d'autres sources telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS), d'autres enquêtes nationales sur la santé et la nutrition, le Système d'information de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la situation nutritionnelle (Nutrition Landscape Information System, NLIS), le Système d'information nutritionnelle de l'OMS sur les apports en vitamines et en minéraux (Vitamin and Mineral Nutrition Information System, VMNIS), la Base de données d'urgence complexes (Complex Emergency Database, CE-DAT), le système d'information nutritionnelle dans les situations de crise (Nutrition in Crisis Information System, NICS), les systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle, les taux d'admission et la couverture des programmes existants de prise en charge de la malnutrition. Si l'on dispose de données représentatives, il est préférable d'examiner les tendances de l'état nutritionnel dans le temps plutôt que la prévalence de la malnutrition à un moment donné (voir l'annexe 3 : Aide-mémoire pour l'évaluation de la situation nutritionnelle). L'évaluation nutritionnelle doit être considérée dans le cadre d'évaluations à plus grande échelle, en particulier celles consacrées à la santé publique et à la sécurité alimentaire. On rassemblera des informations sur les initiatives existantes en matière de nutrition, leur capacité opérationnelle et les capacités d'intervention aux niveaux local et national, afin d'identifier les lacunes et d'orienter l'intervention.
2. **Champ d'application de l'analyse** : on ne procédera à une évaluation approfondie après l'évaluation initiale (voir le standard essentiel 3, page 69), que si les informations obtenues sont insuffisantes et si des informations supplémentaires sont nécessaires pour guider la prise de décisions concernant les programmes, pour mesurer les résultats de ces derniers, ou à des fins de sensibilisation. L'évaluation nutritionnelle approfondie fait référence à plusieurs méthodes d'évaluation, comme les enquêtes



anthropométriques, les évaluations relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les enquêtes sur les apports en micronutriments et les analyses causales. On peut aussi avoir recours à des systèmes de surveillance et de suivi nutritionnels.

3. **Méthodes** : toute évaluation nutritionnelle doit avoir des objectifs clairs, utiliser des méthodes reconnues au niveau international, identifier les groupes vulnérables d'un point de vue nutritionnel et permettre de comprendre les facteurs susceptibles de contribuer à la sous-alimentation. Le processus d'évaluation et d'analyse doit être dûment étayé et faire l'objet, en temps voulu, d'un rapport présenté de manière logique et transparente. Les méthodes d'évaluation doivent être impartiales, représentatives et bien coordonnées entre les agences et les gouvernements, pour que les informations soient complémentaires, cohérentes et comparables. Les évaluations interagences peuvent être utiles lorsqu'il s'agit d'évaluer des domaines multitechniques de grande ampleur et de vastes régions géographiques.
4. **Enquêtes anthropométriques** : ce sont des enquêtes transversales représentatives basées sur un échantillonnage aléatoire ou un dépistage exhaustif. Les enquêtes anthropométriques donnent une estimation de la prévalence de la malnutrition (chronique et aiguë). Elles doivent surtout rendre compte des z-scores poids/taille selon les normes de l'OMS (voir l'annexe 4 : Comment mesurer la malnutrition aiguë). Les z-scores poids/taille selon la référence NCHS (National Center for Health Statistics) pourront eux aussi être relevés à des fins de comparaison avec des enquêtes antérieures. L'émaciation et l'émaciation grave constatées par la mesure du périmètre brachial (PB) doivent être prises en compte dans les enquêtes anthropométriques. L'œdème nutritionnel doit être évalué et enregistré séparément. On indiquera les intervalles de confiance pour la prévalence de la malnutrition et on fera la preuve de l'assurance de la qualité des enquêtes. Cela pourra se faire au moyen des instruments qui existent déjà, comme le manuel de méthodologie et les outils de l'initiative Suivi et évaluation normalisés des phases des secours et de la transition (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, SMART), le logiciel ENA (Emergency Nutrition Assessment, évaluation nutritionnelle dans les situations d'urgence) et le logiciel EPI Info. La pratique la plus largement acceptée consiste à évaluer les niveaux de malnutrition chez les enfants âgés de 6 à 59 mois en tant qu'indicateur indirect pour l'ensemble de la population. Toutefois, quand d'autres groupes sont davantage touchés ou courent un plus grand danger sur le plan nutritionnel, il faut envisager de procéder à une évaluation (voir l'annexe 4 : Comment mesurer la malnutrition aiguë).
5. **Indicateurs non anthropométriques** : il est essentiel de compléter l'anthropométrie d'autres informations, qui doivent toutefois, lorsqu'elles sont

liées à des enquêtes anthropométriques, être soigneusement examinées et rester limitées afin de ne pas compromettre la qualité de ces enquêtes. Parmi ces indicateurs non anthropométriques figurent les taux de couverture vaccinale (surtout contre la rougeole), la supplémentation en vitamine A, les carences en micronutriments et les indicateurs de l'OMS pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (Indicators for assessing infant and young child feeding practices, IYCF). Le cas échéant, on mesurera les taux bruts de mortalité chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans.

6. **Carences en micronutriments** : si l'on sait que la population présentait des carences en vitamine A, en iode, en zinc, ou souffrait d'une anémie due à une carence en fer avant la catastrophe, celle-ci risque d'aggraver cette situation. Il peut y avoir des épidémies de pellagre, de béribéri, de scorbut ou d'autres maladies dues à une carence en micronutriments qui doivent être prises en compte lors de la planification et de l'analyse des évaluations. Si l'on trouve des personnes atteintes d'une de ces carences dans les centres de santé, cela indique sans doute qu'elles ne peuvent pas avoir un régime alimentaire adéquat et qu'il y a probablement un problème au niveau de l'ensemble de la population. Les carences en micronutriments peuvent être évaluées de manière directe ou indirecte. L'évaluation indirecte consiste notamment à estimer les apports en nutriments dans la population et à extrapoler les risques de carence en examinant les données disponibles sur l'accès à la nourriture, sa disponibilité et son utilisation (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 172) et en évaluant la qualité et la suffisance des rations alimentaires (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 208). L'évaluation directe, quand elle est possible, implique en particulier de mesurer les carences cliniques ou subcliniques chez des patients pris individuellement ou dans un échantillon de population, par exemple mesurer le taux d'hémoglobine dans le cadre d'enquêtes où l'on peut utiliser la prévalence de l'anémie comme mesure indirecte de la carence en fer.
7. **Interprétation des niveaux de sous-alimentation** : pour décider si les niveaux de sous-alimentation nécessitent une intervention, il faut procéder à une analyse détaillée de la situation en fonction de la taille et de la densité de la population de référence, et des taux de morbidité et de mortalité qui y sont relevés (voir le standard 1 sur les services de santé essentiels, note d'orientation 3, page 356). Il faut également prendre en compte les indicateurs de santé, les fluctuations saisonnières, les indicateurs IYCF, les niveaux de sous-alimentation constatés avant la catastrophe, les niveaux de carences en micronutriments (voir l'annexe 5 : Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments), le rapport de la malnutrition



aiguë sévère à la malnutrition aiguë en général, ainsi que d'autres facteurs qui influencent les causes profondes de la sous-alimentation. Combiner des systèmes d'informations complémentaires sera peut-être la façon la plus économique de surveiller les tendances. Dans la mesure du possible, on associera les institutions et les communautés locales aux activités de suivi, à l'interprétation des conclusions et à la planification de toute intervention. Il peut être utile d'appliquer des méthodes et des modèles de processus décisionnel qui prennent en considération un certain nombre de variables, dont la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance, la santé et la nutrition (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, note d'orientation 5, page 173).

8. **Prise de décisions** : les conclusions de l'évaluation doivent servir de base aux décisions concernant les interventions de prise en charge de la malnutrition. Il n'est pas nécessaire, dans la phase aiguë d'une catastrophe, d'attendre les résultats des évaluations approfondies pour décider de procéder à une distribution générale de nourriture ou à d'autres interventions de prévention ou de traitement immédiat. Lorsque des évaluations sont menées, leurs résultats doivent orienter les mesures à prendre. Pour prendre des décisions fondées, il faut comprendre la sous-alimentation telle qu'elle est présentée dans le cadre conceptuel, et s'appuyer sur les résultats des évaluations nutritionnelles et la capacité d'intervention existante.

2. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Des pratiques sous-optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant augmentent la vulnérabilité de ceux-ci à la sous-alimentation et à la maladie, et le risque de décès. Les risques augmentent lors de catastrophes, et les plus jeunes sont les plus vulnérables. Par contre, plusieurs pratiques optimales augmentent au maximum les chances de survie et réduisent le taux de morbidité chez les enfants de moins de 24 mois : commencer tout de suite l'allaitement exclusif au sein, allaiter exclusivement au sein pendant six mois, poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à 24 mois ou au-delà, en introduisant dès l'âge de 6 mois une alimentation complémentaire suffisante, appropriée et sans risque.

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant fait l'objet d'interventions visant à protéger les nourrissons et les jeunes enfants qui ont été allaités au sein et ceux qui ne l'ont pas été, et à répondre à leurs besoins nutritionnels. Les interventions prioritaires consistent notamment à protéger et à encourager l'allaitement maternel, à réduire au minimum les risques de l'allaitement artificiel et à permettre une alimentation complémentaire appropriée et sûre. Dans des circonstances exceptionnellement difficiles – comme dans les populations où le VIH est répandu, chez les orphelins, chez les nourrissons ayant un poids insuffisant à la naissance et ceux qui sont gravement malnutris –, les nourrissons et les jeunes enfants exigent une attention particulière. Il est primordial, pour le bien-être de la mère et de l'enfant, de protéger et de favoriser la santé nutritionnelle, physique et mentale des femmes enceintes et des mères allaitantes. Les besoins particuliers des aidants familiaux que sont les grands-parents, les pères qui élèvent seuls leurs enfants ou les membres de la fratrie doivent être pris en compte. Un engagement intersectoriel est essentiel si l'on veut protéger les nourrissons et les jeunes enfants ainsi que leurs mères, et répondre à temps et de manière adéquate à leurs besoins nutritionnels en général. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant fait partie intégrante de nombre des standards énoncés dans le présent chapitre et se retrouve dans plusieurs autres.



Standard 1 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : directives et coordination

L'application de directives clés et une coordination efficace permettent d'assurer une alimentation sans risque et appropriée des nourrissons et des jeunes enfants au sein de la population touchée par une catastrophe.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Faire respecter les directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, directives opérationnelles du Groupe de travail sur l'alimentation des jeunes enfants et des nourrissons dans les situations d'urgence [Infant and young child Feeding in Emergencies, IFE Core Group]), ainsi que les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Breast Milk Substitute, BMS) et des résolutions ultérieures et pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (regroupées sous l'appellation « le Code ») (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Éviter de solliciter ou d'accepter des dons de substituts du lait maternel, d'autres produits laitiers, de biberons et de tétines (voir la note d'orientation 2).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Une politique nationale et/ou élaborée par une agence qui porte sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et répond aux directives opérationnelles IFE est mise en œuvre (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Un organe principal de coordination en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est désigné dans chaque situation d'urgence (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Un organe chargé de traiter tous les dons de substituts du lait maternel, de produits laitiers, de biberons et de tétines est désigné (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Les violations du Code sont enregistrées et signalées (voir les notes d'orientation 1 et 2).

Notes d'orientation

- 1. Directives, coordination et communication :** parmi les principaux documents d'orientation générale qui servent de base aux programmes d'urgence figurent les directives opérationnelles IFE et le Code. D'autres directives sont données dans la section Références et bibliographie complémentaire. La résolution 63.23 (2010) de l'Assemblée mondiale de la Santé invite instamment les États membres à veiller à ce que les plans de préparation et les interventions d'urgence aux niveaux national et international suivent les Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. La préparation aux catastrophes consiste, entre autres, à élaborer des politiques, à donner des orientations et à dispenser une formation sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, ainsi qu'à identifier des sources de substituts du lait maternel conformes au Code et de nourriture complémentaire. Un organe principal de coordination en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant doit être désigné dans chaque situation d'urgence. L'enregistrement et le signalement de violations du Code est une contribution importante à l'obligation de rendre des comptes sur l'assistance fournie. Le fait de communiquer de manière claire et régulière avec la population affectée et dans les communiqués de presse a une influence déterminante sur l'intervention.
- 2. Manutention du lait et des produits laitiers :** le lait et les produits laitiers ne doivent pas être inclus dans des distributions non ciblées (voir le standard 2 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, note d'orientation 5, page 215). Les indications concernant l'allaitement artificiel ainsi que sa gestion doivent concorder avec les Directives opérationnelles et le Code, idéalement sous la conduite de l'organe de coordination IFE désigné. Dans les situations d'urgence, on ne recherchera pas ni n'acceptera les dons de substituts du lait maternel, de produits laitiers, de biberons ni de tétines. Si un don, quel qu'il soit, est néanmoins effectué, il sera placé sous le contrôle d'une agence désignée, et l'organe de coordination IFE devra déterminer comment il sera géré.



Standard 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : soutien de base et soutien qualifié

Les mères et les proches s'occupant de nourrissons et de jeunes enfants ont accès en temps voulu à une aide alimentaire appropriée, ce qui réduit au minimum les risques et optimise les résultats en matière de nutrition, de santé et de survie.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- Mener des interventions multisectorielles intégrées afin de protéger et de favoriser une alimentation sûre et appropriée du nourrisson et du jeune enfant (voir la note d'orientation 1).
- Donner la priorité aux femmes enceintes et aux mères allaitantes pour l'accès aux transferts de vivres, d'argent liquide et/ou de bons d'achat, et à d'autres interventions de secours (voir la note d'orientation 1).
- Intégrer des conseils compétents en matière d'allaitement au sein dans les interventions ciblant les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de 0 à 24 mois (voir les notes d'orientation 2 à 7).
- Cibler les mères de tous les nouveau-nés pour les encourager dès le début à allaiter exclusivement au sein (voir la note d'orientation 3).
- Faire en sorte qu'une alimentation complémentaire sûre, suffisante et appropriée soit introduite en temps voulu (voir la note d'orientation 5).
- Donner aux mères et aux proches aidants, quand les nourrissons requièrent un allaitement artificiel, l'accès à une quantité suffisante de substituts appropriés du lait maternel et à l'aide qui l'accompagne (voir la note d'orientation 6).
- Accorder une attention particulière à l'aide alimentaire apportée aux nourrissons et aux jeunes enfants dans des circonstances exceptionnellement difficiles (orphelins, enfants souffrant de malnutrition aiguë, nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance et nourrissons infectés par le VIH) (voir les notes d'orientation 4 à 7).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- Les indicateurs standard de l'OMS sont utilisés pour mesurer l'initiation précoce de l'allaitement au sein, le taux d'allaitement exclusif au sein chez les enfants de moins de 6 mois et le taux de poursuite de l'allaitement au sein chez les enfants âgés de 1 et 2 ans (voir les notes d'orientation 2, 3, 5 et 6).

- ▶ Les proches s'occupant d'enfants de 6 à 24 mois ont accès en temps voulu à des aliments complémentaires appropriés, nutritionnellement adéquats et sûrs (voir les notes d'orientation 5 et 6).
- ▶ Les mères allaitantes ont accès à une aide compétente en matière d'allaitement au sein (voir les notes d'orientation 1 à 3).
- ▶ Les nourrissons qui ont besoin d'un allaitement artificiel bénéficient d'un approvisionnement, conforme au Code, en substituts du lait maternel et de l'aide qui l'accompagne (voir la note d'orientation 5).

Notes d'orientation

1. **Des mesures simples et des interventions de base** sont nécessaires pour créer un environnement protecteur et favorable à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Soyez vigilants et étudiez tous les cas qui vous seraient signalés concernant des difficultés en matière d'allaitement au sein, d'alimentation complémentaire et/ou de pratiques d'allaitement artificiel concernant des enfants de 0 à 24 mois. Les nourrissons non allaités au sein ont besoin d'une assistance d'urgence. Il faut en priorité apporter un soutien aux mères, aux proches aidants, aux femmes enceintes et aux mères allaitantes afin de répondre aux besoins essentiels immédiats. Les ménages comptant des enfants de moins de 24 mois et les mères de tous les nouveau-nés allaités au sein doivent être enregistrés et orientés vers des programmes de sécurité alimentaire qui assureront un accès à une alimentation adéquate. Les mères et les proches aidants peuvent trouver dans des lieux d'accueil qui leur sont destinés un soutien par les pairs, et un appui de base en matière d'alimentation pour les nourrissons et les jeunes enfants. La promotion de l'allaitement au sein doit être intégrée dès le début dans des services clés tels que la santé génésique, les soins de santé primaires, les services psychosociaux et certains programmes d'alimentation.
2. **Femmes enceintes et mères allaitantes** : des apports de nutriments insuffisants font courir plusieurs risques aux femmes enceintes et aux mères allaitantes : complications pendant la grossesse, mortalité maternelle, insuffisance pondérale chez les nourrissons et dégradation de l'état nutritionnel de la mère associée à des concentrations plus faibles de certains nutriments dans le lait maternel. Une insuffisance pondérale de la mère au moment de la conception est étroitement liée à une insuffisance pondérale du nourrisson et est une caractéristique de la grossesse chez les adolescentes. Les femmes enceintes et les mères allaitantes devraient recevoir chaque jour des suppléments fournissant la dose quotidienne recommandée de micronutriments multiples, afin que les réserves maternelles et la composition du lait maternel soient protégées, que ces femmes reçoivent des rations enrichies ou non. Si des suppléments en fer et en acide folique



sont déjà fournis, leur distribution doit se poursuivre. Les femmes doivent également recevoir de la vitamine A dans les six à huit semaines qui suivent l'accouchement. La supplémentation en micronutriments doit être conforme aux recommandations internationales en termes de doses et de calendrier. L'aiguillage vers des services psychosociaux sera parfois nécessaire, surtout dans les populations traumatisées. Même s'il est important d'apporter un soutien nutritionnel à la mère adolescente, ce sont les programmes visant à prévenir les grossesses précoces qui ont généralement le plus d'impact sur l'insuffisance pondérale du nouveau-né.

3. **Initiation précoce de l'allaitement exclusif au sein** (dans l'heure qui suit la naissance) : c'est une intervention prioritaire qui vise à sauvegarder la santé de la mère et de son bébé. En outre, les nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance et leur mère profiteront tout particulièrement d'un contact peau à peau continu dès la naissance et pendant l'initiation précoce (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile, note d'orientation 1, page 371).
4. **Allaitement au sein** : l'allaitement exclusif au sein signifie qu'un nourrisson ne reçoit que du lait maternel ; il ne reçoit ni eau ni autres liquides ou solides, à l'exception des suppléments en micronutriments ou des médicaments nécessaires. Cet allaitement garantit la sécurité alimentaire et la sécurité des fluides chez les nourrissons pendant les six premiers mois de leur vie. Il leur fournit une protection immunitaire active. L'allaitement au sein protège également les enfants plus âgés, surtout dans des contextes où les conditions d'hygiène et d'assainissement et la qualité de l'eau sont mauvaises ; il est donc important de le poursuivre jusqu'à 24 mois ou au-delà. Il faut rassurer les mères, les familles, les communautés et les agents de santé sur le fait que l'allaitement au sein peut résister à des circonstances difficiles ; en effet, il arrive parfois que des situations d'urgence aiguë sapent la confiance. La planification et l'allocation de ressources doivent prévoir un soutien compétent à l'allaitement au sein lorsqu'il s'agit de gérer des situations plus difficiles, par exemple lorsque la population est soumise à un stress, lorsque les nourrissons de moins de 6 mois souffrent de malnutrition aiguë (voir le standard 2 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments, page 195), lorsque l'alimentation mixte est une pratique courante et dans les contextes où le VIH est répandu (voir la note d'orientation 7).
5. **Alimentation complémentaire** : c'est le processus qui consiste à donner d'autres aliments en plus du lait maternel à un nourrisson de plus de 6 mois (ou en plus d'un substitut approprié du lait maternel à des enfants non allaités au sein). Pendant la période d'alimentation complémentaire (de 6 à 24 mois), l'allaitement au sein continue de contribuer considérablement à la sécurité

alimentaire et à la sécurité des fluides. Les nourrissons non allaités au sein ont besoin d'une aide pour compenser le manque nutritionnel. Il est essentiel d'établir des liens avec les programmes de sécurité alimentaire pour faciliter l'alimentation complémentaire. Lorsqu'une population dépend de l'aide alimentaire, des aliments appropriés enrichis en micronutriments doivent être incorporés dans la ration alimentaire de base ; il faudra peut-être procéder à une distribution générale d'aliments complémentaires. Dans différents contextes d'urgence, il est nécessaire de fixer des critères clairs pour l'introduction, l'utilisation et la durée de la supplémentation en nutriments lipidiques pendant la période d'alimentation complémentaire. Des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ne sont pas des aliments complémentaires. La distribution d'aliments complémentaires doit être accompagnée de conseils pratiques et d'une démonstration de leur préparation. L'utilisation de la supplémentation en micronutriments, en vitamine A notamment, doit être conforme aux recommandations les plus récentes. Les nourrissons et les jeunes enfants présentant une insuffisance pondérale peuvent être aidés par une supplémentation en fer. Si la population se trouve dans une région où le paludisme est endémique, la supplémentation en fer doit cibler les enfants anémiques ou présentant une carence en fer, et s'accompagner de mesures appropriées de lutte contre le paludisme.

6. **Alimentation artificielle** : les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein doivent être identifiés rapidement et faire l'objet d'une évaluation par un personnel compétent qui étudiera les options alimentaires. Quand l'allaitement maternel n'est pas possible, le lait de donneuses, en particulier de nourrices au sein, joue un rôle important, surtout lorsqu'il s'agit de nourrissons et d'enfants présentant une insuffisance pondérale. Quand l'alimentation artificielle est indiquée, les mères et les proches aidants doivent avoir un accès garanti à une quantité suffisante de substituts appropriés du lait maternel aussi longtemps que nécessaire (jusqu'à ce que les nourrissons soient âgés d'au moins 6 mois) et à l'aide essentielle qui l'accompagne (eau, combustible, installations d'entreposage, suivi de la croissance, soins médicaux, temps). Il convient d'aider les nourrissons de moins de 6 mois qui reçoivent une alimentation mixte à passer à un allaitement exclusif au sein. On n'utilisera pas de biberons, difficiles à nettoyer. Les programmes axés sur l'alimentation artificielle doivent suivre de près les pratiques communautaires en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, à l'aide d'indicateurs standard qui permettront de s'assurer que l'allaitement au sein n'est pas mis en péril. La surveillance de la morbidité sera exercée au niveau des individus et de la population, et une attention particulière sera portée à la diarrhée. Une supplémentation à faible dose en vitamine A doit être envisagée pour les nourrissons de moins de 6 mois qui ne sont pas allaités au sein.



7. **Le VIH et l'alimentation du nourrisson** : assurer au maximum la survie des enfants non infectés par le VIH est une considération essentielle quand il s'agit de déterminer les meilleures options alimentaires pour les nourrissons nés de mères infectées par le VIH. Les mères VIH-négatives ou qui ignorent leur statut VIH doivent être encouragées à allaiter, conformément aux recommandations générales faites aux populations en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (voir les notes d'orientation 3 à 5). En ce qui concerne les mères infectées par le VIH, combiner les traitements antirétroviraux et l'allaitement au sein peut réduire considérablement la transmission postnatale du VIH. Un accès plus rapide aux antirétroviraux doit devenir une priorité (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – santé sexuelle et génésique, page 377). Les risques associés à une alimentation de remplacement sont encore plus grands pour les nourrissons dans les situations d'urgence. Cela signifie que l'allaitement au sein offre de meilleures chances de survie aux nourrissons nés de mères infectées par le VIH ainsi qu'aux nourrissons infectés par le VIH, et ce, même quand les antirétroviraux ne sont pas encore disponibles. Une aide urgente à l'alimentation artificielle est nécessaire pour les nourrissons qui reçoivent déjà une alimentation de remplacement (voir la note d'orientation 6).

3. Prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments

La malnutrition aiguë et les carences en micronutriments sont associées à un risque accru de morbidité et de mortalité chez les personnes touchées. Par conséquent, lorsque la prévalence ou les risques sont élevés, il faut assurer l'accès aux services capables de corriger et de prévenir la sous-alimentation. L'impact de ces services sera considérablement réduit si l'on ne s'attaque pas en même temps aux causes profondes de la sous-alimentation par le biais d'autres interventions portant sur la santé, le programme WASH, les transferts de vivres et la sécurité alimentaire.

Il y a de nombreuses manières d'aborder la malnutrition aiguë modérée. Dans les situations de catastrophe, la supplémentation alimentaire est souvent la première stratégie de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë modérée, et de prévention de la malnutrition aiguë sévère. Il peut s'agir d'une couverture globale ou d'une supplémentation ciblée en fonction du niveau de malnutrition aiguë, des groupes de population vulnérables ou des risques d'aggravation. Les indicateurs du standard 1 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments portent principalement sur une supplémentation alimentaire ciblée. Bien qu'il n'existe pas d'indicateurs d'impact précis pour la supplémentation alimentaire globale, le suivi de la couverture de l'intervention, son acceptabilité et les types de ration alimentaire sont des éléments importants.

La malnutrition aiguë sévère est traitée par des soins thérapeutiques qui peuvent être dispensés selon diverses approches. La prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sera privilégiée si les conditions le permettent. Les programmes de lutte contre la malnutrition aiguë sévère doivent comporter un élément de mobilisation communautaire (communication efficace, dépistage actif des cas, orientation et suivi, entre autres), un traitement ambulatoire des cas de malnutrition aiguë sévère sans complications médicales, et l'hospitalisation des cas présentant des complications et des jeunes enfants.



Les carences en micronutriments sont souvent difficiles à détecter. Si les signes cliniques des carences graves sont très faciles à diagnostiquer, la charge la plus lourde qui pèse sur la santé et la survie des populations est due à des carences subcliniques. Si l'on sait que les carences en micronutriments ont été répandues dans une population donnée, on peut s'attendre à ce qu'elles soient exacerbées par la catastrophe. Il faut alors les prendre en charge par des interventions à l'échelle de la population et par des traitements individuels.

Standard 1 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments : malnutrition aiguë modérée

Les mesures nécessaires sont prises pour lutter contre la malnutrition aiguë modérée.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Adopter dès le départ des stratégies bien définies et sur lesquelles tout le monde s'accorde, et fixer des objectifs et des critères pour le commencement et la fin des interventions (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Étendre au maximum l'accès à l'intervention et sa couverture en faisant participer la population dès le début de l'intervention (voir la note d'orientation 2 et le standard essentiel 1, page 62).
- ▶ Fonder l'admission et la sortie des patients sur des critères anthropométriques acceptés aux niveaux national et international (voir les notes d'orientation 3 et 4, l'annexe 4 : Comment mesurer la malnutrition aiguë, et l'annexe 5 : Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments).
- ▶ 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, quand c'est possible (voir les notes d'orientation 5 et 6).
- ▶ Fournir des rations de supplémentation alimentaire sèches ou prêtes à l'emploi, sauf s'il y a une bonne raison d'avoir recours à une alimentation sur site (voir la note d'orientation 8).
- ▶ Étudier les causes de défection ou de manque d'intérêt, et prendre les mesures qui s'imposent (voir les notes d'orientation 5 et 6).
- ▶ Assurer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en insistant particulièrement sur la protection et la promotion de l'allaitement au sein, et sur le soutien à lui apporter (voir la note d'orientation 7).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

Ces indicateurs s'appliquent surtout aux enfants de 6 à 59 mois, même si d'autres groupes d'âge peuvent participer au programme.

- ▶ Plus de 90% de la population cible se trouve à moins d'un jour à pied, aller-retour (temps du traitement inclus), du centre de distribution des rations sèches créé dans le cadre des programmes de supplémentation alimentaire, et n'est pas à plus d'une heure de marche des programmes de supplémentation sur site (voir la note d'orientation 2).
- ▶ La couverture est supérieure à 50 % dans les zones rurales, à 70 % dans les zones urbaines et à 90 % dans les camps (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Le pourcentage des personnes décédées après leur sortie des programmes de supplémentation alimentaire ciblée est inférieur à 3%, celui des personnes rétablies supérieur à 75%, et celui des personnes ayant abandonné inférieur à 15% (voir la note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. **La conception des programmes** doit être basée sur une compréhension de la complexité et de la dynamique de la situation nutritionnelle. Les programmes de supplémentation alimentaire peuvent adopter une approche globale ou ciblée, et le choix de l'approche dépend des niveaux de malnutrition aiguë et du nombre de cas, du risque d'augmentation de la malnutrition aiguë, de la capacité à dépister et à suivre les cas en utilisant des critères anthropométriques, des ressources disponibles et de la possibilité d'avoir accès à la population touchée par la catastrophe. La supplémentation ciblée demande davantage de temps et de compétences techniques pour dépister et suivre les cas, mais exige moins de ressources alimentaires, alors que c'est l'inverse pour l'approche globale. Une mobilisation bien menée sensibilisera la communauté à la situation et rendra le programme plus efficace. Il faudra établir des liens avec les services thérapeutiques, le système de santé, les réseaux de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose, et les programmes de sécurité alimentaire, y compris en ce qui concerne les transferts de vivres, d'argent liquide et de bons d'achat. La population affectée doit être partie prenante à la décision sur l'emplacement des sites du programme. Il ne faut pas oublier de prendre en compte les groupes vulnérables, qui pourraient avoir des difficultés à accéder à certains sites. Des stratégies de sortie du programme ou des plans de soutien à plus long terme doivent être envisagés dès le début.
2. **La couverture** est le rapport entre le nombre de personnes qui reçoivent effectivement le traitement et le nombre de personnes qui en auraient besoin. Les facteurs suivants peuvent influencer sur elle : l'acceptabilité du programme, l'emplacement et l'accessibilité des sites, la situation en matière de sécurité, la fréquence des distributions, les délais d'attente, la qualité des services,



l'ampleur de la mobilisation, le nombre des visites à domicile et des actions de dépistage, et l'harmonisation des critères d'admission. Les sites doivent être proches de la population ciblée, afin de réduire les risques et les coûts associés aux longs trajets avec de jeunes enfants et de limiter le risque de déplacements de population vers ces sites. Les méthodes de mesure de la couverture varient en termes de fiabilité et de types d'information fournis. Il faut donc préciser la méthode utilisée lorsqu'on fait un rapport. On consultera les directives les plus récentes avant de décider de la méthode la plus appropriée pour un contexte donné. L'estimation de la couverture doit être considérée comme un outil de gestion et ne doit donc pas être reportée à la fin de la phase d'aide d'urgence.

3. **Critères d'admission** : les personnes autres que celles qui répondent aux critères anthropométriques définissant la malnutrition aiguë peuvent, elles aussi, bénéficier d'une alimentation complémentaire, par exemple les personnes vivant avec le VIH ou souffrant de la tuberculose, les personnes sorties des services de soins thérapeutiques, afin d'éviter les rechutes, les personnes souffrant de maladies chroniques ou encore les personnes handicapées. Les systèmes de suivi et de notification devront être ajustés si ces personnes sont incluses.
4. **Les critères de sortie** doivent être définis en conformité avec les directives nationales ou, s'il n'y en a pas, avec les directives internationales. Il convient de le préciser dans les rapports sur les indicateurs de performance (voir la note d'orientation 5).
5. **Les indicateurs de performance** ont trait aux personnes sorties du programme en fin de traitement. Le nombre total de personnes sorties du traitement comprend celles qui ont récupéré, sont décédées, ont abandonné ou n'ont pas récupéré. Les personnes qui ont été orientées vers des services complémentaires (par exemple, les services de santé) ne sont pas considérées comme ayant terminé le traitement, et le poursuivront ou le reprendront plus tard. Les personnes transférées vers d'autres sites ne sont pas, elles non plus, considérées comme ayant terminé le traitement et ne doivent donc pas être prises en compte dans les indicateurs de performance. Les indicateurs de performance sont les suivants :

Proportion des sortants ayant récupéré =

$$\frac{\text{Nombre de personnes ayant récupéré}}{\text{Total des personnes sorties}} \times 100\%$$

Proportion des sortants décédés =

$$\frac{\text{Nombre de personnes décédées}}{\text{Total des personnes sorties}} \times 100\%$$

Proportion d'abandons =

$$\frac{\text{Nombre d'abandons}}{\text{Total des personnes sorties}} \times 100\%$$

Proportion de sorties sans récupération =

$$\frac{\text{Nombre de personnes n'ayant pas récupéré}}{\text{Total des personnes sorties}} \times 100\%$$

Les personnes admises dans le programme après être sorties d'une prise en charge thérapeutique doivent être comptabilisées dans une catégorie distincte afin de ne pas fausser les résultats relatifs à la récupération. Les enfants souffrant de malnutrition aiguë suite à un handicap, un bec de lièvre, des problèmes chirurgicaux, etc., ne doivent pas être omis lorsqu'on fait rapport sur le programme. Dans les rapports, le groupe central est celui des enfants de 6 à 59 mois. En plus des indicateurs mentionnés ci-dessus pour l'analyse de la performance du programme, il convient d'assurer un suivi sur les éléments suivants : la participation de la population, l'acceptabilité du programme (que l'on peut facilement mesurer en prenant les taux d'abandon et de couverture), la qualité et la quantité de nourriture fournie, la couverture, les raisons d'une orientation vers d'autres programmes (en particulier pour les enfants dont l'état nutritionnel se détériore, entraînant une malnutrition aiguë sévère) et le nombre de personnes admises pour le traitement et en cours de traitement. Des facteurs extérieurs doivent aussi être considérés : schémas de morbidité, niveau de sous-alimentation dans la population, niveau d'insécurité alimentaire dans les ménages et dans la communauté, interventions complémentaires disponibles pour la population (y compris distribution générale de nourriture ou programmes équivalents) et capacité des systèmes en place pour la fourniture des services. Les causes d'abandon et les échecs rencontrés en réponse au traitement doivent faire l'objet d'une investigation permanente.

6. **Apports et aspects à considérer en matière de santé** : les programmes ciblés de supplémentation alimentaire sont un point de contact important pour dépister d'éventuelles maladies et orienter les patients vers les services compétents. Les programmes doivent tenir compte de la capacité des services de santé existants et fournir des anthelminthiques, des suppléments de vitamine A, du fer et de l'acide folique à l'occasion de visites de dépistage et de traitement antipaludique, ainsi que du zinc pour le traitement de la diarrhée, et des vaccins (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, page 361, et les standards 1 et 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile, pages 368 et 370). Dans les zones à prévalence élevée d'infection à VIH, le dépistage du



VIH et les traitements prophylactiques doivent être disponibles. Il faut alors accorder une attention particulière à la qualité et à la quantité des rations de supplémentation alimentaire.

7. **Les mères allaitantes** d'enfants de moins de 6 mois souffrant de mal-nutrition aiguë doivent avoir accès à la supplémentation alimentaire, quel que soit leur propre état nutritionnel. Les mères souffrant de malnutrition modérée peuvent allaiter sans problème, mais doivent recevoir un soutien alimentaire pour protéger leur état nutritionnel. Les mères doivent recevoir des rations de supplémentation alimentaire, des conseils professionnels si elles nourrissent leur enfant au sein exclusivement, et des conseils sur une alimentation de complément nutritive, sûre et adaptée à leurs besoins. Les nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aiguë doivent être orientés vers des services spécialisés de soutien à l'allaitement au sein et hospitalisés si nécessaire.
8. **Rations** : la fourniture hebdomadaire ou bihebdomadaire de rations sèches ou de nourriture prête à l'emploi est préférable à l'alimentation sur site. La composition et la quantité des rations doit cependant tenir compte de la sécurité alimentaire du ménage et de la probabilité d'un partage. Il faut donner des informations claires sur la manière de préparer et d'entreposer les suppléments alimentaires de manière hygiénique, sur le moment et la manière de les consommer (voir le standard 6 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, note d'orientation 1, page 229) et sur l'importance de poursuivre l'allaitement au sein pour les enfants de moins de 24 mois. Pour les personnes vulnérables, telles que celles qui ont de la peine à se déplacer, il peut être nécessaire de mettre en place un programme adapté à leurs besoins spécifiques.

Standard 2 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments : malnutrition aiguë sévère

Les mesures nécessaires sont prises pour lutter contre la malnutrition aiguë sévère.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Établir dès le départ des critères bien définis et acceptés pour la mise en place ou le renforcement de l'appui aux services existants et pour le retrait progressif ou la fin de l'intervention (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Inclure dans les interventions de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des soins avec hospitalisation, des soins ambulatoires, des services d'orientation-recours et la mobilisation de la population (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Étendre au maximum l'accès à l'intervention et sa couverture en faisant participer la population dès le début de l'intervention (voir les notes d'orientation 1 à 3 et le standard essentiel 1, page 62).
- ▶ Apporter les soins nutritionnels et médicaux conformément aux normes nationales ou internationales reconnues pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (voir les notes d'orientation 4 à 8).
- ▶ Veiller à ce que les critères de sortie comprennent les indices anthropométriques ainsi que les indices non anthropométriques (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Étudier les causes de défection, ou de manque d'intérêt, ou de l'augmentation du nombre des décès, et prendre les mesures nécessaires (voir les notes d'orientation 6 et 7).
- ▶ Assurer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en insistant particulièrement sur la protection et la promotion de l'allaitement au sein, ainsi que sur le soutien à lui apporter (voir les notes d'orientation 9 et 10).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

Ces indicateurs s'appliquent essentiellement aux enfants de 6 à 59 mois, même si d'autres groupes d'âge peuvent participer au programme.

- ▶ Plus de 90% de la population cible se trouve à moins d'un jour à pied aller-retour (temps du traitement inclus) du site du programme.



- ▶ La couverture est supérieure à 50 % dans les zones rurales, à 70 % dans les zones urbaines et à 90 % dans les camps (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Le pourcentage des personnes décédées après leur sortie des soins thérapeutiques est inférieur à 10%, celui des personnes rétablies supérieur à 75%, et celui des personnes ayant abandonné inférieur à 15% (voir la note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. **Conception des programmes** : les programmes doivent être conçus de façon à mettre à profit et à renforcer les capacités existantes du système de santé chaque fois que cela est possible. Le niveau d'appui supplémentaire requis pour assurer une bonne prise en charge de la malnutrition aiguë sévère doit être déterminé sur la base des capacités existant dans les structures de santé et la communauté, du nombre des personnes touchées par la catastrophe, de leur distribution géographique et de la situation en matière de sécurité. Dès le début, les programmes doivent envisager des stratégies de sortie ou des plans de soutien à plus long terme s'étendant au-delà de la phase d'urgence. Avant d'envisager la fermeture ou la transition des programmes, il faut voir dans quelle mesure les capacités et opportunités existent de les intégrer dans les systèmes en place.
2. **Composantes des programmes** : les programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère doivent être en mesure de traiter les patients hospitalisés présentant des complications médicales et tous les nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aiguë, et de proposer des services ambulatoires décentralisés pour les enfants ne souffrant d'aucune complication médicale. Les hospitalisations peuvent se faire directement ou par orientation-recours. Les programmes doivent aussi être liés à d'autres services s'occupant des causes immédiates et profondes de la sous-alimentation comme les services de supplémentation alimentaire, les réseaux de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose, les services de soins de santé primaires et les programmes de sécurité alimentaire, y compris les transferts de vivres, d'argent liquide et de bons d'achat. Une mobilisation efficace de la communauté sera utile pour faire accepter le programme, le rendre accessible à tous et assurer une bonne couverture. Les sites du programme pour patients 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 de déplacements de population vers ces sites.
3. **Couverture** : comme pour la malnutrition aiguë modérée, la couverture dépend de l'acceptabilité du programme, de l'emplacement et de l'accessibilité des sites, de la situation générale en matière de sécurité, de la fréquence des distributions, des délais d'attente, de la qualité des services, de

l'ampleur de la mobilisation, du nombre des visites à domicile et des actions de dépistage, et de l'alignement des critères de dépistage et d'admission. Les méthodes de mesure de la couverture varient en termes de fiabilité, et quant à la nature des informations produites. Il convient alors de préciser la méthode utilisée lors de la préparation des rapports. Les normes les plus récentes doivent être consultées avant de décider si telle ou telle méthode est appropriée dans un contexte donné (voir le standard 1 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments, note d'orientation 2, page 191).

4. **Directives** : s'il existe des directives nationales, on doit s'y conformer. S'il n'en existe pas, ou si elles ne sont pas conformes aux normes internationales, il faut adopter les directives internationales. On trouvera les directives reconnues sur le plan international dans la section Références et bibliographie complémentaire.
5. **Les critères d'admission** doivent être conformes aux directives nationales et internationales (voir l'annexe 4 : Comment mesurer la malnutrition aiguë, et la section Références et biographie complémentaire). 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. Les patients qui sont testés VIH-positifs ou sont suspectés de l'être, ou qui ont la tuberculose ou souffrent de maladies chroniques doivent bénéficier d'un accès égal aux soins s'ils répondent aux critères d'admission. Les personnes vivant avec le VIH et qui ne répondent pas aux critères d'admission ont souvent besoin d'un soutien nutritionnel, mais ce n'est pas dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans une situation de catastrophe qu'il peut leur être apporté. Ces personnes et leurs familles recevront une meilleure assistance dans divers services comme les soins communautaires à domicile, les centres antituberculeux et les programme de prévention de la transmission mère-enfant.
6. **Critères de sortie et de récupération** : les personnes autorisées à sortir du programme ne doivent pas présenter de complications, doivent avoir retrouvé l'appétit, et doivent avoir atteint et conservé un poids convenable sans présenter d'œdème nutritionnel lors de deux pesées successives. La situation concernant l'allaitement maternel est particulièrement importante pour les nourrissons de moins de 6 mois et pour les enfants jusqu'à 24 mois. Les enfants qui n'ont pas été allaités au sein doivent faire l'objet d'un suivi rapproché. Il faut respecter les critères de sortie pour éviter les risques associés à une sortie prématurée. Les directives donnent une fourchette pour la durée moyenne des séjours en traitement et ont pour but d'éviter les périodes de récupération prolongées. Cette durée moyenne varie d'une



directive à l'autre : elle sera donc choisie en fonction du contexte national et des directives en vigueur. Le gain de poids moyen doit être calculé séparément pour les patients ayant eu un œdème nutritionnel et ceux qui n'en ont pas eu. L'infection à VIH, le sida et la tuberculose peuvent faire que certains patients souffrant de malnutrition ne répondent pas au traitement. Les options de traitement ou de soins à plus long terme doivent être discutées avec les services de santé et les autres services de soutien social et communautaire (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – santé sexuelle et génésique, page 377).

7. **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 les doubles comptages (c'est-à-dire en décomptant les transferts entre les deux groupes). Si cela s'avère impossible, l'interprétation des chiffres doit être ajustée en conséquence. Les programmes peuvent, par exemple, tabler sur de meilleurs indicateurs pour les patients ambulatoires seuls et doivent s'efforcer d'atteindre avec les seuls patients hospitalisés les chiffres qu'ils obtiennent pour le groupe combiné de patients hospitalisés et ambulatoires. La population des patients sortis du programme comprend ceux qui ont récupéré, qui sont décédés, qui ont abandonné ou qui n'ont pas récupéré (voir le standard 1 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments, note d'orientation 4, page 192). Les patients orientés vers d'autres services (par exemple, les services médicaux) ne sont pas considérés comme ayant terminé le traitement. Lorsque les programmes ne font rapport que sur les traitements ambulatoires, les transferts en hospitalisation doivent être indiqués lors de l'évaluation de la performance. Des facteurs comme la complexité du tableau clinique des infections par le VIH auront un impact sur les taux de mortalité, si un certain nombre de personnes VIH-positives sont admises. Bien que les indicateurs de performance n'aient pas été ajustés pour tenir compte de ces situations, il faut absolument les avoir à l'esprit lors de l'interprétation des chiffres. En plus des indicateurs de sortie, il faut aussi évaluer le nombre de nouvelles admissions, le nombre d'enfants en cours de traitement et les taux de couverture. Les causes de réadmission, de détérioration du tableau clinique, de défection ou de manque d'intérêt doivent en permanence faire l'objet d'une enquête et être documentées. La définition de ces cas sera adaptée en fonction des directives utilisées.
8. **Apports en matière de santé** : tous les programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère doivent inclure des traitements systématiques en fonction des directives nationales et internationales, ainsi que des règles d'orientation-recours pour les maladies sous-jacentes comme la tuberculose

et l'infection à VIH. Dans les régions de forte prévalence de l'infection à VIH, les stratégies de prise en charge de la malnutrition doivent aussi envisager les interventions visant à éviter la transmission du VIH et celles qui se concentrent sur la survie des mères et des enfants. Des systèmes d'orientation-recours efficaces pour la lutte antituberculeuse et pour le dépistage du VIH et les soins qui en découlent sont essentiels.

9. **Soutien à l'allaitement au sein** : les nourrissons hospitalisés sont souvent ceux qui se portent le moins bien. Les mères ont besoin d'une aide professionnelle à l'allaitement maternel au titre de la réadaptation et de la récupération nutritionnelle, surtout pour les enfants de moins de 6 mois. Il faut allouer suffisamment de temps et de ressources à cette activité. À ce titre, un espace réservé (coin allaitement) peut s'avérer fort utile pour bien focaliser l'assistance professionnelle et permettre le soutien mutuel entre les mères. Les mères allaitantes de nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition sévère doivent recevoir des rations supplémentaires, quel que soit leur état nutritionnel. Toutefois, si elles aussi répondent aux critères anthropométriques de la malnutrition aiguë sévère, elles doivent également être admises au traitement.
10. **Soutien social et psychosocial** : pendant la phase de réadaptation, une stimulation émotionnelle et physique par le jeu est importante pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. Les proches qui s'occupent de ces enfants ont souvent besoin d'un soutien social et psychosocial pour amener les enfants recevoir le traitement approprié. On peut y arriver par les programmes de mobilisation qui mettent l'accent sur la stimulation et l'interaction en tant que traitement et que prévention des futurs handicaps et des déficiences cognitives (voir le principe de protection 4, page 47). Tous les proches s'occupant d'enfants souffrant de malnutrition aiguë doivent pouvoir apprendre à nourrir et à soigner ces enfants pendant la phase de traitement, grâce à des conseils, des démonstrations et une information sur la santé et la nutrition.



Standard 3 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments : carences en micronutriments

Des interventions axées sur les micronutriments accompagnent les interventions de santé publique et d'autres interventions relatives à la nutrition afin de réduire les maladies courantes associées aux situations d'urgence et de traiter les carences en micronutriments.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Former le personnel de santé sur la manière de détecter et de traiter les carences en micronutriments (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Établir des procédures permettant de répondre efficacement aux divers types de carences en micronutriments auxquels la population peut être exposée (voir la note d'orientation 2).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les cas de carences en micronutriments sont traités selon les meilleures pratiques cliniques du moment (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Les interventions relatives aux micronutriments accompagnent les interventions de santé publique afin de réduire les maladies les plus fréquentes associées aux situations d'urgence, comme la rougeole (vitamine A) et la diarrhée (zinc) (voir les notes d'orientation 3 et 4).

Notes d'orientation

- 1. Diagnostic et traitement des carences cliniques en micronutriments :** il est possible de diagnostiquer certaines carences cliniques en micronutriments par un simple examen. Les indicateurs cliniques de ces carences peuvent être intégrés dans les systèmes de surveillance de la santé et de la nutrition, mais il faut que le personnel ait reçu une bonne formation pour garantir la précision de ces évaluations. Les définitions de cas posent des problèmes et, dans les situations d'urgence, ces cas ne peuvent souvent être déterminés que par la réponse à la supplémentation, lorsque des personnes se présentent spontanément au personnel de santé. Le traitement des carences en micronutriments doit être associé à un dépistage actif et à l'utilisation de définitions de cas et de protocoles de traitement convenus. Le dépistage et le traitement doivent avoir lieu dans les services de santé et dans le cadre des programmes d'alimentation (voir

le standard 2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, note d'orientation 6, page 179). Lorsque la prévalence des carences en micronutriments dépasse les seuils de santé publique (voir l'annexe 5 : Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments), un traitement de couverture de la population par une supplémentation alimentaire peut être approprié. Le scorbut (vitamine C), la pellagre (niacine), le béribéri (thiamine) et l'aribo flavinose (riboflavine) sont les épidémies le plus couramment observées, causées par un accès inadéquat aux micronutriments dans les populations dépendantes de l'aide alimentaire. C'est la raison pour laquelle les carences doivent faire l'objet d'interventions à l'échelle de la population aussi bien que de traitements individuels.

2. *Diagnostic et traitement des carences subcliniques en micronutriments :*

les carences subcliniques en micronutriments peuvent avoir des effets négatifs sur la santé, mais ne peuvent pas être détectées sans examens en laboratoire. Seule l'anémie peut être décelée par un test biochimique assez facile à réaliser sur le terrain. On peut utiliser des indicateurs indirects pour évaluer les risques de carences dans la population touchée et pour déterminer si une amélioration de l'apport alimentaire ou le recours à une supplémentation alimentaire est nécessaire (voir le standard 2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, note d'orientation 6, page 179, et l'annexe 5 : Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments).

3. *Prévention :* des stratégies de prévention des carences en micronutriments sont brièvement décrites dans la sous-section sur les transferts de vivres (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 208). La prévention doit aussi couvrir la lutte contre des maladies telles que les infections aiguës des voies respiratoires, la rougeole et les maladies parasitaires comme le paludisme et les diarrhées, qui épuisent les réserves de micronutriments (voir les standards 1 et 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile, pages 368 et 370). Pour se préparer au traitement, il faudra mettre au point des définitions de cas et des directives pour le traitement, ainsi que des mécanismes de dépistage actif.

4. *Utilisation de micronutriments pour le traitement de maladies courantes :* la supplémentation de micronutriments doit être intégrée aux mesures de prévention et de traitement de certaines maladies. Ainsi, on apportera une supplémentation en vitamine A lors de la vaccination antirougeoleuse et on ajoutera du zinc aux sels de réhydratation orale (SRO) dans les directives de traitement de la diarrhée (voir les standards 1 et 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile, pages 368 et 370, et le standard 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, page 184).



4. Sécurité alimentaire

Les interventions de sécurité alimentaire doivent tendre à répondre aux besoins à court terme, à « ne pas faire de tort », à réduire la nécessité pour la population touchée d'adopter des stratégies d'adaptation potentiellement dommageables, et à contribuer au rétablissement de la sécurité alimentaire à long terme.

Toute évaluation précise de la situation étudiera le caractère approprié et la faisabilité des options d'intervention possibles (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 172). Dans cette section, les interventions de sécurité alimentaire sont regroupées en standards relatifs à la sécurité alimentaire générale, aux transferts de vivres, aux transferts d'argent liquide et de bons d'achat, et aux moyens de subsistance.

S'il faut de la nourriture, une forme appropriée de transfert doit être envisagée, et le panier des denrées doit être choisi avec soin tant pour les apports en nature que pour les bons d'achat.

Les interventions sur les moyens de subsistance doivent couvrir la production primaire, les revenus et l'emploi, et l'accès aux biens et services du marché.

Les transferts d'argent liquide et de bons d'achat peuvent être utilisés pour toute une série de biens et de services relatifs à la sécurité alimentaire, mais aussi pour d'autres secteurs. Une bonne compréhension des capacités du marché et des modalités appropriées de livraison est essentielle pour bien concevoir les interventions de sécurité alimentaire.

Les standards sur la sécurité alimentaire prennent en compte les ressources nécessaires pour répondre tant aux besoins de la population en général qu'à ceux de groupes spécifiques de personnes vulnérables exposées à un risque nutritionnel accru. Tant que ces besoins ne sont pas satisfaits, toutes les interventions visant à traiter la malnutrition n'auront qu'un effet limité, puisque ceux qui auront récupéré de la malnutrition retourneront dans un contexte où l'apport en nourriture est inadéquat et où leur statut nutritionnel risque de recommencer à se dégrader.

Un bon ciblage et de bonnes méthodes de livraison et de distribution devraient limiter le risque d'erreurs d'inclusion et d'exclusion. Il se peut, par exemple, que

la nourriture, l'argent liquide ou toute autre forme d'assistance soient détournés par des combattants. Il est important que les interventions de sécurité alimentaire ne soient pas détournées de telle sorte qu'elles aggravent les conflits.

Standard 1 sur la sécurité alimentaire : sécurité alimentaire générale

La population touchée par une catastrophe a droit à une assistance alimentaire humanitaire qui assure sa survie, garantisse sa dignité et, dans la mesure du possible, empêche l'érosion de ses biens et renforce sa résilience.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Concevoir les interventions initiales de façon à répondre aux besoins immédiats (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Envisager les mesures à prendre pour soutenir, protéger et promouvoir la sécurité alimentaire (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Fonder les interventions sur une analyse solide, les effets bénéfiques attendus, les risques et coûts associés, et les stratégies d'adaptation des personnes (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Mettre au point des stratégies de transition et de sortie pour toutes les interventions relatives à la catastrophe, les faire mieux connaître et les appliquer si besoin (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Faire en sorte que tous les bénéficiaires aient accès au soutien dont ils ont besoin, notamment aux connaissances, aux compétences et aux services nécessaires (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Protéger et préserver l'environnement naturel de toute dégradation supplémentaire dans chaque intervention (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Déterminer le niveau d'acceptabilité et d'accessibilité des interventions par différents groupes et différentes personnes, et assurer une couverture totale et sans discrimination de la population touchée par la catastrophe (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Évaluer les effets des interventions sur l'économie locale, les réseaux sociaux, les moyens de subsistance et l'environnement naturel, et veiller à ce que les constatations faites soient dûment partagées et utilisées pour moduler les interventions ultérieures (voir la note d'orientation 8).



Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Toutes les personnes touchées par la catastrophe ayant besoin d'une intervention de sécurité alimentaire reçoivent une aide qui répond à leur premiers besoins, empêche l'érosion de leurs biens, leur donne le choix et respecte leur dignité.
- ▶ Les ménages n'utilisent pas de stratégies d'adaptation néfastes (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Le choix entre argent liquide, bons d'achat ou une combinaison des deux repose sur une évaluation et une analyse approfondies (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat, page 232).

Notes d'orientation

1. **Classement par ordre de priorité des interventions visant à sauver des vies** : la distribution de nourriture, d'argent liquide et de bons d'achat, ou d'une combinaison de ces aides, est l'intervention initiale la plus courante pour répondre à une insécurité alimentaire aiguë. On peut aussi envisager d'autres types de réponses, par exemple des subventions alimentaires, des dispenses temporaires de frais, des programmes d'emploi, un soutien à la production de biens de subsistance, une réduction du cheptel, la fourniture de fourrage et un soutien aux marchés. Lorsque les marchés sont opérationnels et accessibles et qu'il n'y a pas de risque grave d'inflation, la priorité peut être de rétablir le fonctionnement normal du marché et de redynamiser les activités économiques pourvoyeuses d'emplois (voir sous Marchés et Interventions de sécurité alimentaire dans Références et bibliographie complémentaire). Ces stratégies sont plus appropriées que de simples distributions de nourriture si elles permettent de soutenir les moyens de subsistance, de réduire la vulnérabilité future et de protéger la dignité. Chaque agence doit aussi prendre en considération ce que font les autres, afin que les apports et les services fournis par les uns et les autres soient complémentaires.
2. **Soutien, protection et promotion de la sécurité alimentaire** : ces activités couvrent toute une gamme d'interventions et d'activités de sensibilisation. Même si répondre aux besoins immédiats et préserver les moyens de production restent la priorité dans les phases initiales d'une catastrophe, les interventions doivent être planifiées dans une perspective à plus long terme et intégrées dans les interventions des autres secteurs. À court terme, il se peut qu'il soit impossible d'assurer la sécurité alimentaire sur la seule base des stratégies de subsistance des personnes concernées. En revanche, les stratégies existantes qui contribuent à la sécurité alimentaire et qui préservent la dignité doivent être encouragées. Les interventions de sécurité alimentaire doivent prévenir toute érosion supplémentaire des moyens de production,

conduire à la récupération des moyens de production perdus lors de la catastrophe et accroître la capacité de faire face aux dangers futurs.

3. **Risques associés aux stratégies d'adaptation** : les stratégies d'adaptation qui contribuent à garantir la sécurité alimentaire et la dignité doivent être soutenues. Elles peuvent toutefois entraîner des coûts ou faire prendre des risques qui augmentent la vulnérabilité (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 172). Les risques doivent être détectés dès que possible, et des interventions doivent être menées rapidement pour aider les gens à avoir recours à ces stratégies. Par exemple, la distribution de bois ou de fourneaux économes en combustible peut permettre d'éviter une surexploitation des ressources naturelles ou un déplacement vers des zones peu sûres ; la distribution d'argent liquide peut permettre d'éviter la vente à perte de moyens de production ou de terrain (voir le principe de protection 1, page 38).
4. **Des stratégies de sortie et de transition** doivent être étudiées dès le début, surtout si les interventions ont des implications à long terme. La fourniture gratuite de services pour lesquels il faudrait normalement payer, comme les services vétérinaires, peut par exemple rendre plus difficile le rétablissement des services payants. Avant de fermer un programme et de faire la transition vers une nouvelle phase, il faut avoir la preuve que la situation s'est améliorée ou que d'autres acteurs mieux placés peuvent assumer la responsabilité de l'opération. Dans le cas de transferts de vivres, d'argent liquide ou de bons d'achat, cela peut vouloir dire qu'il faut établir des liens avec les systèmes existants de protection sociale ou de prévoyance à long terme, ou plaider auprès des autorités et des donateurs pour que soient mis en place des systèmes capables de remédier à l'insécurité alimentaire chronique.
5. **Accès aux connaissances, aux compétences et aux services** : les structures organisationnelles doivent être conçues et planifiées en collaboration avec les utilisateurs, afin qu'elles soient appropriées et maintenues suffisamment longtemps, si possible au-delà de la période d'intervention. Certaines personnes ont des besoins très spécifiques : par exemple, les orphelins du sida peuvent être dépourvus des informations et du savoir-faire qui se transmettent dans les familles. Ils pourront les recevoir des services compétents.
6. **Impact sur l'environnement** : la base de ressources naturelles qui sert à la production et aux moyens de subsistance de la population touchée par une catastrophe (et de la population hôte) doit être protégée. L'impact sur l'environnement doit être étudié pendant la phase d'évaluation et de planification des interventions. Par exemple, les personnes vivant dans des camps ont besoin de combustible pour la cuisine, ce qui peut accélérer



la déforestation locale ; la distribution de nourriture demandant un long temps de cuisson entraînera une consommation accrue de combustible, ce qui peut aussi avoir un impact sur l'environnement (voir le standard 2 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 213). Les interventions peuvent également contribuer à la réhabilitation de l'environnement après des dégradations. Par exemple, la réduction du cheptel diminue la pression sur les pâturages pendant la sécheresse, ce qui augmentera la quantité des pâtures pour le bétail survivant. Quand c'est possible, les interventions doivent renforcer la capacité des gens à bien gérer les ressources naturelles, surtout lorsqu'on leur en apporte les moyens. Le risque qu'une intervention cause ou exacerbe des tensions à propos des ressources naturelles, et attise ainsi des conflits, doit être mesuré et atténué (voir le principe de protection 1, page 38).

7. **Couverture, accès et acceptabilité** : il faut faire le point sur les bénéficiaires et leurs caractéristiques, et estimer leur nombre, ventilé par âge et par sexe, avant de pouvoir déterminer le niveau de participation de différents groupes (une attention particulière étant accordée aux personnes vulnérables). La participation est déterminée partiellement par la facilité d'accès et par l'acceptabilité des activités pour les participants. Même si certaines interventions de sécurité alimentaire ciblent les personnes économiquement actives, elles ne doivent pas être discriminatoires mais être accessibles aussi aux personnes vulnérables et protéger les personnes à charge, dont les enfants. Certaines contraintes peuvent limiter la participation, notamment une capacité de travail réduite, la lourdeur des tâches ménagères, une grossesse, le fait de nourrir des enfants et de s'en occuper, ou une maladie ou une infirmité. Pour surmonter ces obstacles, on peut choisir les activités qui correspondent à la capacité des divers groupes, ou organiser des structures d'appui appropriées. Des mécanismes de ciblage fondés sur l'autosélection doivent être mis en place après consultation de tous les groupes de la population (voir le principe de protection 2, page 41).
8. **Suivi et évaluation** : il est indispensable d'assurer le suivi de la situation générale de sécurité alimentaire, afin d'évaluer la pertinence d'une poursuite de l'intervention, de déterminer quand il faut mettre un terme à certaines activités, d'apporter des modifications ou de lancer de nouveaux projets, et de repérer tout besoin de sensibilisation. Cette évaluation doit être fondée sur les critères reconnus du Comité d'aide au développement de l'OCDE, qui mesurent les paramètres suivants : caractère approprié, durabilité, cohérence, couverture, efficacité et impact.

4.1. Sécurité alimentaire – Transferts de vivres

Le but des transferts de vivres est de faire en sorte que les personnes concernées aient un accès sûr à une nourriture en quantité suffisante et de qualité adéquate, et qu'elles aient les moyens de la préparer et de la consommer en toute sécurité.

Des distributions générales (gratuites) d'aliments sont organisées quand elles sont jugées nécessaires. Elles ciblent les personnes qui en ont le plus besoin, et on y met fin quand les bénéficiaires ont retrouvé la capacité de produire leur nourriture ou d'y accéder par d'autres moyens. Les bénéficiaires peuvent avoir besoin d'une transition vers d'autres formes d'aide, comme les transferts conditionnels ou des interventions de subsistance. Une supplémentation alimentaire peut se révéler nécessaire en plus des rations générales pour les personnes à risque (par exemple, les enfants de 6 à 59 mois et les femmes enceintes ou allaitantes). Cette supplémentation peut être générale ou ciblée, selon le contexte (voir le standard 1 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments, page 190).

Qu'il s'agisse de distributions générales de vivres ou de supplémentation alimentaire, les rations à emporter sont préférables quand c'est possible. L'alimentation sur site n'est entreprise que quand les gens n'ont pas la possibilité de cuire leurs propres aliments (immédiatement après la catastrophe ou pendant des déplacements de population), quand les conditions de sécurité mettraient en danger les personnes qui reçoivent des rations à emporter, ou pour une alimentation d'urgence dans les écoles (même si les rations à emporter peuvent être distribuées dans les écoles).

La gestion de la chaîne logistique doit être particulièrement robuste et fiable – des vies peuvent être immédiatement en jeu et les transferts de vivres constituent souvent une large proportion des interventions en cas de catastrophe. Les systèmes de livraison et de distribution doivent faire l'objet d'un suivi à tous les stades, au niveau communautaire notamment, et la transparence à travers une bonne communication peut jouer un rôle clé. Des évaluations périodiques doivent être publiées et discutées avec les parties concernées, dont la population touchée par la catastrophe et les institutions locales.



Standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres : besoins nutritionnels généraux

Faire en sorte de répondre aux besoins nutritionnels de la population touchée, notamment des personnes les plus exposées.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Utiliser les niveaux d'accès à une nourriture en quantité suffisante et de qualité appropriée pour juger si la situation est stable ou si elle risque de se détériorer (voir les notes d'orientation 1, 4 et 5).
- ▶ Préparer les transferts de vivres sur la base des besoins standards initiaux en énergie, protéines, graisses et micronutriments, ajustés en fonction de la situation locale (voir les indicateurs clés, la note d'orientation 2 et l'annexe 6 : Besoins nutritionnels).
- ▶ Veiller à protéger, promouvoir et faciliter l'accès de la population à des aliments nutritifs appropriés et à un soutien nutritionnel (voir les notes d'orientation 3 à 8).
- ▶ Veiller à ce que les enfants de 6 à 24 mois aient accès à des compléments alimentaires nutritifs et énergétiques, et à ce que les femmes enceintes et les mères allaitantes aient accès à un soutien nutritionnel supplémentaire (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Veiller à ce que les ménages ayant parmi leurs membres des malades chroniques, notamment des personnes vivant avec le VIH, ou des personnes vivant avec des handicaps ou une vulnérabilité spécifiques aient accès à des aliments nutritifs appropriés et à un soutien nutritionnel adapté (voir les notes d'orientation 6 à 8).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ La population concernée a un accès suffisant à un ensemble de denrées alimentaires – dont un aliment de base (céréale ou tubercule), des légumineuses (ou des aliments protéiques d'origine animale) et des lipides – qui répond aux besoins nutritionnels (voir les notes d'orientation 2, 3 et 5).
- ▶ La majorité (>90%) des ménages ont un accès suffisant à du sel iodé (voir les notes d'orientation 2 à 4, et l'annexe 6 : Besoins nutritionnels).
- ▶ La population concernée a un accès suffisant à des sources supplémentaires de niacine (par exemple, légumes secs, fruits secs, poisson séché) si les aliments de base sont le maïs ou le sorgho (voir les notes d'orientation 2 et 3,

l'annexe 5 : Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments, et l'annexe 6 : Besoins nutritionnels).

- ▶ La population concernée a un accès suffisant à des sources supplémentaires de thiamine (par exemple, légumes secs, fruits secs, œufs) si l'aliment de base est le riz poli (voir les notes d'orientation 2 et 3).
- ▶ La population concernée a un accès suffisant à des sources supplémentaires de riboflavine si elle ne dispose que d'un régime alimentaire très limité (voir les notes d'orientation 2 et 3).
- ▶ On ne constate aucun cas de scorbut, de pellagre, de béribéri ou d'aribo flavinose (voir la note d'orientation 5 et l'annexe 5 : Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments).
- ▶ La prévalence de la carence en vitamine A, de l'anémie ferriprive et des troubles liés à la carence en iode n'est pas significative en termes de santé publique (voir la note d'orientation 5 et l'annexe 5 : Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments).

Notes d'orientation

1. **Interprétation de l'accès à la nourriture** : l'accès à la nourriture peut se mesurer par des outils d'analyse comme le score de consommation alimentaire ou le calcul d'un indice de diversité alimentaire. Des méthodes qui font intervenir un certain nombre de variables (sécurité alimentaire, accès aux marchés, moyens de subsistance, santé et nutrition) peuvent s'avérer utiles pour voir si la situation est stable ou si elle se détériore, et si des interventions alimentaires sont nécessaires (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 172).
2. **Besoins nutritionnels et planification des rations** : les estimations ci-après des besoins minimums d'une population doivent être utilisées pour la planification des rations ordinaires, les chiffres étant adaptés à chaque population donnée, comme l'indique l'annexe 6 : Besoins nutritionnels :
 - 2 100 kcal/personne/jour
 - 10% des besoins énergétiques totaux couverts par des protéines
 - 17% des besoins énergétiques totaux en lipides
 - apport suffisant en micronutriments.

On peut concevoir les rations alimentaires ordinaires en utilisant des outils de planification des rations (NutVal, entre autres). Lorsque les personnes n'ont pas du tout accès à la nourriture, les rations distribuées doivent correspondre à leurs besoins nutritionnels totaux. Il faut se mettre d'accord sur les estimations de la quantité moyenne de nourriture à fournir à la population touchée (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 172). Les rations doivent être calculées pour



que la différence entre les besoins nutritionnels et ce que les personnes peuvent se procurer par elles-mêmes soit comblée. Ainsi, si les besoins nutritionnels standard sont de 2 100 kcal/personne/jour, et que l'on estime que les personnes au sein de la population cible peuvent se procurer en moyenne 500 kcal/personne/jour par leurs propres moyens, les rations à fournir doivent apporter $2\ 100 - 500 = 1\ 600$ kcal/personne/jour. Outre la valeur énergétique du régime, il convient de tenir compte de la répartition en protéines, lipides, vitamines et minéraux.

Si la ration est constituée de manière à fournir toute la valeur énergétique du régime, elle doit contenir une quantité suffisante de tous les nutriments. Si la ration ne doit couvrir qu'une partie de l'apport énergétique du régime, elle peut être constituée d'une des deux manières suivantes. Si la valeur nutritionnelle des autres aliments **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 **est connue**, la ration doit être conçue comme un complément et combler les manques de nutriments. Les chiffres moyens de planification pour les rations ordinaires prennent en compte les besoins supplémentaires des femmes enceintes et des mères allaitantes. Des aliments adéquats et acceptables pour les jeunes enfants doivent être inclus dans les rations ordinaires, comme les aliments composés enrichis (voir le standard 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, page 184). Il faut procéder de façon équitable et fournir des rations alimentaires semblables à des populations et sous-groupes de population touchés de manière semblable. Les planificateurs doivent être conscients du fait que des niveaux de rations différents dans des communautés voisines peuvent provoquer des tensions. L'ingestion de quantités excessives de micronutriments peut être nocive, un facteur à intégrer surtout si divers composants enrichissants doivent être incorporés.

3. *Prévention de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments :*

si les indicateurs clés d'alimentation sont atteints, il faut prévenir toute détérioration de l'état nutritionnel de la population générale, à condition que soient aussi en place des mesures de santé publique visant à prévenir des maladies telles que la rougeole, le paludisme et les infections parasitaires (voir les standards 1 et 2 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, pages 358 et 361). Faire en sorte que le contenu en nutriments des rations d'aide alimentaire soit adéquat peut constituer un véritable défi quand la gamme des aliments disponibles est limitée. On peut alors améliorer la qualité nutritive de la ration par l'enrichissement des aliments de base, l'adjonction d'aliments composés enrichis, l'ajout de produits achetés localement pour remplacer les nutriments manquants, ou avoir recours aux produits de supplémentation alimentaire, comme des aliments à base lipidique, riches en nutriments et prêts à l'emploi, ou des comprimés ou des poudres de multi-micronutriments. Ces produits peuvent être destinés

spécifiquement à des personnes vulnérables, comme les enfants de 6 à 24 mois ou de 6 à 59 mois, ou les femmes enceintes et les mères allaitantes. Exceptionnellement, si des aliments riches en nutriments sont disponibles localement, on peut augmenter la quantité de nourriture dans les rations ordinaires pour permettre éventuellement des échanges de nourriture, mais le rapport coût-efficacité de l'opération et l'impact sur les marchés doivent être pris en compte. D'autres options pour la prévention des carences en micronutriments peuvent consister en mesures de sécurité alimentaire visant à promouvoir l'accès aux aliments nutritifs (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 172, et les standards 1 et 2 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance, pages 237 et 242). Il faut aussi garder à l'esprit les pertes de micronutriments qui peuvent se produire pendant le transport, l'entreposage, le traitement et la cuisson, et la biodisponibilité des vitamines et des minéraux sous leurs différentes formes chimiques.

4. **4. *Suivi de l'utilisation des rations alimentaires*** : les indicateurs clés concernent l'accès à la nourriture, mais ils ne mesurent pas l'utilisation de cette nourriture ou la biodisponibilité des nutriments. Une mesure directe des apports en nutriments imposerait des contraintes peu réalistes pour recueillir l'information. Cependant, l'utilisation peut-être estimée indirectement en utilisant les informations de diverses sources. Ces sources peuvent être le suivi de la disponibilité et de l'utilisation des aliments dans les ménages, l'évaluation du prix des denrées alimentaires et de leur disponibilité sur les marchés locaux, l'examen des plans et des archives de distribution d'aide alimentaire, l'estimation des contributions en aliments sauvages et les enquêtes d'évaluation de la sécurité alimentaire. La répartition des aliments dans les ménages n'est pas toujours équitable, et les personnes vulnérables peuvent être particulièrement touchées, mais il est rarement possible de mesurer ces aspects. Des mécanismes de distribution appropriés (voir le standard 5 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 222, le choix des aliments et une discussion avec les personnes touchées peuvent contribuer à améliorer la répartition des aliments entre membres d'une même famille (voir le standard essentiel 1, page 62).

5. **5. *Les personnes âgées*** peuvent être particulièrement touchées par les catastrophes. Les facteurs de risque qui diminuent l'accès à la nourriture et peuvent augmenter les besoins en nutriments sont notamment la maladie et le handicap, l'isolement, le stress psychologique, la grande taille des familles, le froid et la pauvreté. Les personnes âgées doivent pouvoir accéder facilement aux sources de nourriture (aux transferts alimentaires en particulier). Les aliments qui leur sont destinés doivent être faciles à préparer et à consommer, et répondre aux besoins en protéines et micronutriments supplémentaires de leur âge.



- 6. Les personnes vivant avec le VIH** courent un plus grand risque de malnutrition à cause d'un certain nombre de facteurs. Il peut s'agir d'un apport alimentaire réduit par perte d'appétit ou en raison de difficultés à manger, d'une mauvaise absorption des nutriments à cause de diarrhées, de parasitoses ou de lésions des cellules intestinales, de changements de leur métabolisme, d'infections chroniques et autres maladies. Les besoins énergétiques des personnes vivant avec le VIH augmentent en fonction du stade de l'infection. Ces personnes doivent veiller à bien se nourrir et à rester en bonne santé autant que possible, pour retarder la survenue du sida. La mouture et l'enrichissement des aliments, ou la mise à disposition de compléments alimentaires enrichis, combinés ou spéciaux sont autant de possibilités d'améliorer l'accès à un régime adéquat. Dans certaines situations, il peut s'avérer utile d'augmenter la taille de toutes les rations alimentaires. Il faut aussi envisager de fournir à ces personnes une thérapie antirétrovirale et se souvenir qu'une bonne nutrition peut les aider à mieux tolérer et à suivre le traitement.
- 7. Les personnes handicapées** sont particulièrement exposées, lors d'une catastrophe, à se retrouver séparées de leur entourage immédiat, qui leur prodigue généralement les soins. Elles peuvent aussi faire l'objet de discriminations en ce qui concerne l'accès à la nourriture. Il faut s'efforcer de déterminer et de réduire ces risques en garantissant l'accès physique de ces personnes à la nourriture, mettre en place pour elles des mécanismes d'aide à l'alimentation (fourniture de cuillères et de pailles, installation de systèmes de visite à domicile ou de proximité) et leur assurer l'accès à des aliments énergétiques et riches en micronutriments. Parmi les risques spécifiques à la nutrition, on peut citer les difficultés à mâcher et à déglutir (conduisant à une prise insuffisante de nourriture ou à l'étouffement), une mauvaise position ou posture lors des repas, une perte de mobilité qui limite l'accès à la nourriture et au soleil (ce qui a un effet sur la vitamine D), et la constipation, qui peut affecter par exemple les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale.
- 8. Les proches aidants et les personnes dont ils s'occupent** peuvent rencontrer des obstacles spécifiques ayant des répercussions sur leur nutrition. Ils disposent par exemple de moins de temps pour aller chercher de la nourriture parce qu'ils sont malades ou 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. Il est donc important que les membres de l'entourage soient soutenus et qu'ils ne soient pas fragilisés pour soigner les personnes vulnérables. Le soutien peut porter sur l'alimentation, l'hygiène, la santé, l'aide psychosociale et la protection. Les réseaux sociaux

existants peuvent être utilisés pour former certains membres de la population à assumer diverses responsabilités dans ces domaines (voir le principe de protection 4, page 47).

Standard 2 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres : caractère approprié et acceptable

Les denrées alimentaires fournies sont appropriées et acceptables pour les bénéficiaires, qui peuvent ainsi en faire un usage rationnel et efficace dans leur ménage.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Consulter la population touchée par une catastrophe pendant la phase d'évaluation et de conception du programme sur le caractère acceptable, familier et approprié des denrées alimentaires, et veiller à ce qu'il soit tenu compte du résultat de la consultation lors du choix des denrées (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Évaluer la capacité des gens de stocker la nourriture, leur accès à l'eau et au combustible, les temps de cuisson et le besoin de trempage avant de choisir les denrées (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Si une nourriture inhabituelle est distribuée, donner à ceux qui la prépareront des instructions sur la manière appropriée de procéder, de préférence dans la langue locale (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Si des céréales à grains complets sont distribuées, s'assurer que les bénéficiaires ont les moyens de les moudre ou de les préparer chez eux, ou qu'ils ont accès à du matériel adéquat pour la mouture ou la préparation (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Faire en sorte que les personnes touchées par une catastrophe puissent disposer de produits culturellement importants, notamment de condiments (voir la note d'orientation 4).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les décisions sur le programme reposent sur la pleine et entière participation de toutes les personnes visées lors de la sélection des denrées alimentaires (voir les notes d'orientation 1 et 4).
- ▶ La conception du programme tient compte de l'accès à l'eau, du combustible pour la cuisson et des ustensiles nécessaires pour la préparation (voir les notes d'orientation 2 et 3).



- Il n'y a pas de distribution générale de lait seul, qu'il soit en poudre, liquide ou sous forme de produits laitiers (voir la note d'orientation 5).

Notes d'orientation

- 1. Caractère familier et acceptable :** si la valeur nutritive doit être la principale considération dans la composition du panier alimentaire, il faut aussi que les produits choisis soient familiers aux bénéficiaires et respectent les traditions religieuses et culturelles, y compris en ce qui concerne les tabous alimentaires visant les femmes enceintes et les mères allaitantes. Les personnes vulnérables doivent participer aux consultations sur le choix des denrées. Si une denrée inhabituelle est utilisée, elle doit correspondre au goût local. Dans les rapports d'évaluation et les demandes aux donateurs, le choix des denrées (retenues et non retenues) doit être explicité. Si le matériel de cuisson n'est plus disponible suite à la catastrophe, des aliments prêts à l'emploi doivent être fournis (voir aussi le standard 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, page 184). S'il n'y a rien pour préparer les aliments, il faudra envisager de fournir des aliments inhabituels ou des rations d'urgence spéciales.
- 2. Stockage et préparation de la nourriture :** le choix des denrées doit être influencé par la capacité des gens de les stocker. Pour ce qui est de l'eau, voir le standard 1 sur l'approvisionnement en eau, page 110). Il faut évaluer la situation concernant le combustible avant de choisir les denrées, afin de s'assurer que les bénéficiaires pourront cuire la nourriture suffisamment pour éviter les risques pour la santé, tout en prévenant la dégradation de l'environnement et les risques pour la sécurité que pourrait causer un ramassage excessif de bois comme combustible (voir le principe de protection 1, page 38). D'une manière générale, la nourriture fournie ne devrait pas nécessiter un long temps de cuisson ni de grandes quantités d'eau. Les grains moulus demandent normalement peu de temps de cuisson et peu de combustible. Pour ce qui est des ustensiles de cuisine, voir le standard 6 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 228, et les standards 3 et 4 sur les articles non alimentaires, pages 315 et 316).
- 3. Transformation des aliments :** les céréales complètes présentent l'avantage de se conserver plus longtemps et peuvent donc être plus appréciées par les bénéficiaires. Lorsque la mouture dans les ménages fait partie de la tradition ou lorsque l'accès à une meule à grains locale est possible, des céréales complètes peuvent être distribuées. On peut mettre à disposition des services de mouture commerciale à taux d'extraction faible : ce procédé élimine les germes, l'huile et les enzymes (qui causent le rancissement), et accroît considérablement le temps de conservation, mais il réduit la teneur en protéines. La mouture du maïs cause un souci particulier : les grains de maïs moulus ne se conservent que pendant six à huit semaines. La mouture

doit donc s'effectuer peu avant la consommation. Les lois nationales relatives à l'importation et à la distribution de céréales complètes doivent être respectées. Les frais de mouture incombant aux bénéficiaires peuvent être couverts par de l'argent liquide ou des bons d'achat, par la solution moins souhaitable d'une allocation supplémentaire de grains ou par la fourniture de matériel pour les moulin.

4. **Denrées culturellement importantes** : lors de l'évaluation, il convient d'identifier les condiments culturellement importants et les autres denrées qui font partie des habitudes alimentaires quotidiennes (par exemple, des épices ou du thé) et de voir dans quelle mesure les gens y ont accès. Le panier doit être constitué en conséquence, surtout si les gens doivent vivre de rations alimentaires pendant une longue période.
5. **Lait** : il ne doit y avoir aucune distribution non ciblée de lait maternisé, de lait en poudre, de lait liquide ou de produits laitiers, gratuits ou subventionnés, en tant que denrée isolée (y compris le lait à mettre dans le thé), que ce soit dans le cadre d'un programme de distribution générale de nourriture ou de supplémentation alimentaire à emporter, car utiliser ces produits sans discernement peut s'avérer dangereux pour la santé. Toute intervention comprenant du lait doit respecter les Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (voir les standards 1 et 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pages 182 et 184).

Standard 3 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres : qualité et innocuité de la nourriture

La nourriture distribuée est propre à la consommation humaine et de qualité appropriée.



Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Choisir des denrées conformes aux normes du pays bénéficiaire et aux normes reconnues au niveau international (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Distribuer la nourriture avant la date de péremption ou largement avant la fin de la période « à consommer de préférence avant le... » (voir la note d'orientation 1).

- ▶ Consulter les bénéficiaires sur la qualité de la nourriture distribuée et prendre rapidement les mesures qui s'imposent lorsque des problèmes surviennent (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Choisir des emballages appropriés qui soient solides, pratiques pour la manutention, le stockage et la distribution, et qui ne constituent pas un danger pour l'environnement (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Étiqueter les emballages de nourriture dans une langue appropriée ; pour les aliments conditionnés, indiquer la date de production, l'origine, la date de péremption pour les marchandises potentiellement dangereuses, et le détail de la composition nutritionnelle (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Transporter et emmagasiner la nourriture dans des conditions adéquates, en appliquant les bonnes pratiques de gestion des magasins, avec des contrôles systématiques de la qualité des produits stockés (voir la note d'orientation 5).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les bénéficiaires reçoivent la nourriture qui convient à leurs besoins : elle doit être saine, c'est-à-dire ne pas présenter de risque pour la santé ; elle doit être de qualité, c'est-à-dire correspondre aux normes en la matière et être nutritive (voir les notes d'orientation 1, 2 et 4).
- ▶ Un dispositif de suivi au titre de la redevabilité garde la trace de toutes les plaintes des bénéficiaires et des mesures prises pour les résoudre (voir la note d'orientation 3).

Notes d'orientation

1. **Qualité de la nourriture** : la nourriture doit être conforme aux normes alimentaires établies par les autorités du pays bénéficiaire ou 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. La nourriture doit toujours être propre à la consommation humaine et répondre à un besoin précis. Quand une denrée n'a pas les qualités requises pour l'usage prévu, elle ne répond pas aux besoins, même si elle est propre à la consommation humaine (par 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). Pour tester la qualité, des échantillons doivent être prélevés, suivant un protocole préétabli, et analysés systématiquement par l'organisme d'achat pour s'assurer que la qualité est appropriée. Dans la mesure du possible, les denrées achetées, soit au niveau local, soit à l'importation, doivent être accompagnées d'un certificat phytosanitaire ou d'autres certificats d'inspection. Il faut aussi tester des échantillons aléatoires dans les stocks. La fumigation ne doit être menée qu'avec des produits

appropriés en suivant des procédures strictes. Lorsqu'il s'agit de grandes quantités et qu'il y a des doutes ou qu'il pourrait y avoir des contestations sur la qualité, des inspecteurs de la qualité indépendants devront examiner l'arrivage. On trouvera les informations utiles concernant la qualité et les dates des livraisons de denrées alimentaires sur les bordereaux d'expédition des fournisseurs, les rapports des contrôles de qualité, les étiquettes des conditionnements et les rapports d'entrepôts. Les denrées non conformes doivent être soigneusement éliminées (voir le standard 4 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, note d'orientation 10, page 221).

2. **Aliments génétiquement modifiés** : les réglementations nationales en matière d'acquisition et d'utilisation de produits alimentaires génétiquement modifiés doivent être comprises et appliquées. Ces réglementations doivent être prises en compte lors de la planification de transferts de vivres susceptibles de passer par l'importation.
3. **Plaintes et mécanismes de réponse** : les agences doivent mettre en place des mécanismes adéquats d'enregistrement des plaintes et des réponses concernant la qualité et l'innocuité des denrées alimentaires, au titre de leur redevabilité envers les bénéficiaires (voir le standard essentiel 1, note d'orientation 2, page 64).
4. **Conditionnement** : dans la mesure du possible, le conditionnement doit permettre une distribution directe des aliments, sans qu'il faille les reconditionner ou les réemballer. Une taille appropriée des conditionnements contribuera au respect des normes concernant les rations. Les emballages ne doivent porter aucune mention à but politique ou religieux, ou susceptible de créer des dissensions. Les risques pour l'environnement peuvent être réduits au minimum si l'on choisit bien le matériel d'emballage et si l'on gère bien les emballages vides, comme les sacs et les boîtes de conserve. Les emballages prêts à l'emploi (par exemple en aluminium) peuvent nécessiter des mesures spécifiques pour leur élimination.
5. **Les zones d'entreposage** doivent être sèches et hygiéniques, à l'abri des intempéries et d'éventuelles contaminations par des résidus chimiques ou autres. Elles doivent aussi être protégées contre les animaux nuisibles tels que les insectes ou les rongeurs (voir aussi le standard 4 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 218, et le standard 1 sur la gestion des déchets solides, page 134).



Standard 4 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres : gestion de la chaîne logistique

Les denrées alimentaires et les coûts associés sont bien gérés, au moyen de systèmes impartiaux, transparents et adaptés à la situation.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Mettre en place un système de gestion de la chaîne logistique en faisant appel, si possible, aux capacités locales (voir les notes d'orientation 1 à 3).
- ▶ Garantir une procédure transparente, équitable et ouverte pour l'attribution des contrats (voir les notes d'orientation 1, 2 et 4).
- ▶ Établir des relations saines avec les fournisseurs et les prestataires de services, et faire respecter des pratiques éthiques (voir les notes d'orientation 1, 2, 4 et 5).
- ▶ Former et superviser le personnel à tous les niveaux de la gestion de la chaîne logistique, pour qu'il respecte les procédures relatives à la qualité et à la sécurité des produits alimentaires (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Créer des procédures appropriées pour rendre des comptes (redevabilité), notamment des systèmes d'inventaire, de présentation de rapports et de gestion financière (voir les notes d'orientation 6 à 8).
- ▶ Réduire les pertes au minimum, y compris pour cause de vol, et rendre des comptes sur toutes les pertes (voir les notes d'orientation 9 à 11).
- ▶ Suivre et gérer le cheminement des denrées alimentaires, afin que toutes les dispositions possibles soient prises pour éviter les détournements illicites et les interruptions de distribution et afin que toutes les parties concernées soient régulièrement tenues informées de la performance de la chaîne logistique (voir les notes d'orientation 12 et 13).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les denrées alimentaires arrivent bien aux points de distribution prévus (voir les notes d'orientation 1 et 7).
- ▶ Les systèmes de traçabilité des denrées, les comptes d'inventaire et les systèmes de présentation de rapports sont en place dès le début de l'intervention (voir les notes d'orientation 7-8 et 11-13).
- ▶ Les rapports d'évaluation de la gestion de la chaîne logistique attestent d'une évaluation et d'un inventaire des capacités locales nécessaires pour gérer la

chaîne logistique, des disponibilités alimentaires locales et de l'infrastructure logistique locale (voir les notes d'orientation 2 et 3).

- ▮ Les rapports sur la gestion de la chaîne logistique montrent :
 - des preuves de l'existence d'un système d'attribution des contrats transparent, équitable et ouvert ;
 - des preuves de l'existence d'un système de gestion et de présentation de rapports sur la performance des fournisseurs et des prestataires de services ;
 - le nombre et le pourcentage de personnels formés affectés à la chaîne logistique ;
 - que les documents sont complets et précis ;
 - que les pertes sont réduites au minimum et maintenues sous la barre des 2%, et que toutes les denrées sont bien comptabilisées ;
 - que la filière fait l'objet d'une analyse régulière, et que les parties concernées sont tenues informées de la performance de la filière et de la chaîne logistique.

Notes d'orientation

1. **La gestion de la chaîne logistique** est une approche intégrée de la logistique. Commencant par le choix des denrées, elle couvre ensuite la recherche de fournisseurs, l'achat, l'assurance qualité, le conditionnement, l'expédition, le transport, l'entreposage, la gestion d'inventaire et les assurances. La gestion de la chaîne logistique impliquant de multiples partenaires, il est important que les activités soient bien coordonnées (voir le standard essentiel 2, page 66). Le but des opérations de gestion et de suivi est de faire en sorte que les produits arrivent en bon état aux points de distribution. Les agences humanitaires sont en outre responsables de l'acheminement de la nourriture vers les bénéficiaires (voir les standards 5 et 6 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, pages 222 et 228).
2. **Utilisation des services locaux** : il faut étudier la disponibilité et la fiabilité des moyens locaux avant de rechercher un fournisseur en dehors de la région. On veillera à ce que la recherche d'un fournisseur local ne provoque ou n'exacerbe pas les hostilités et ne porte pas préjudice à la communauté. Les transporteurs et convoyeurs locaux et régionaux de bonne réputation ont généralement une connaissance très utile des réglementations, procédures et installations locales. Ils peuvent donc contribuer à faire respecter les réglementations du pays hôte et à acheminer les livraisons dans les meilleurs délais. Dans un contexte de conflit, le choix des prestataires de services doit être particulièrement rigoureux.
3. **Approvisionnement local ou importation** : il faut étudier les disponibilités alimentaires locales ainsi que les implications, pour les systèmes de production et les marchés locaux, de l'acquisition de marchandises sur ces



marchés locaux ou à l'importation, notamment en termes de viabilité sur le plan de l'environnement (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 172, et les standards 1 et 3 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance, pages 237 et 245). Les marchés seront stimulés et soutenus si l'on achète les denrées sur place ou dans la région ; les paysans seront ainsi encouragés à produire davantage, ce qui dynamisera l'économie locale. Si plusieurs agences sont impliquées, la recherche de fournisseurs locaux doit être coordonnée dans la mesure du possible. D'autres sources de biens de consommation dans le pays peuvent être trouvées dans les prêts ou les réaffectations à partir d'autres programmes d'aide alimentaire (l'accord des donateurs sera peut-être nécessaire) ou dans les réserves céréalières stratégiques nationales, ou encore dans les prêts de fournisseurs commerciaux ou les échanges avec ces fournisseurs.

4. **Impartialité** : il est essentiel d'adopter des procédures équitables et transparentes pour la passation des contrats, afin d'éviter toute suspicion de favoritisme ou de corruption. Les performances des divers prestataires de services doivent faire l'objet d'évaluations et les listes de prestataires sélectionnés doivent être mises à jour.
5. **Compétences et formation** : des gestionnaires de la chaîne logistique et des responsables de programme expérimentés doivent être mobilisés pour mettre les systèmes en place et assurer la formation du personnel. Parmi les divers types d'expertise requis, on peut citer la gestion des contrats, la gestion des transports et des entrepôts, la gestion des inventaires, l'analyse des filières et la gestion de l'information, le suivi des expéditions et la gestion des importations. Lors des formations, il faut inclure le personnel des organisations partenaires et les prestataires de services. Ces formations doivent avoir lieu dans la langue locale.
6. **La nourriture ne doit pas être un moyen de paiement** : il faut éviter d'utiliser la nourriture pour rétribuer les opérations logistiques, comme le déchargement dans les entrepôts et aux points de distribution. Si une rétribution en espèces n'est pas possible et qu'il faut utiliser de la nourriture à cet effet, on ajustera en conséquence les quantités de vivres envoyées aux points de distribution, afin que les bénéficiaires ciblés reçoivent bien les quantités initialement prévues.
7. **Présentation de rapports (notamment en ce qui concerne le groupe sectoriel Logistique et les activités interagences)** : la plupart des donateurs ont des exigences spécifiques pour la présentation des rapports. Les responsables de la chaîne logistique doivent en être conscients et faire le nécessaire pour y répondre. La gestion courante inclut la nécessité de faire rapport dans les meilleurs délais sur tout retard ou toute déviation de la

chaîne logistique. Les informations sur les filières et les rapports sur la gestion de la chaîne logistique doivent être partagés de manière transparente.

8. **Documentation** : les documents et autres formulaires (connaissances, registres de stocks, formulaires de rapport, etc.) doivent être disponibles en quantité suffisante, dans la langue locale, partout où des marchandises sont réceptionnées, entreposées ou expédiées, afin que soit constituée une piste de vérification documentée sur toutes les transactions.
9. **Entreposage** : des entrepôts réservés à la nourriture sont préférables à des installations partagées, mais de bonnes pratiques de gestion peuvent réduire les risques associés aux secondes. Avant de choisir un entrepôt, il faut s'assurer qu'aucun produit dangereux n'y a été entreposé précédemment et qu'il n'existe aucun risque de contamination. Parmi les facteurs à prendre en compte, citons la sécurité, la capacité, la facilité d'accès, la solidité structurelle (toit, murs, portes et sol) et l'absence de risque d'inondation.
10. **Élimination des marchandises impropres à la consommation humaine** : les marchandises abîmées doivent être examinées par des inspecteurs qualifiés (experts en sécurité alimentaire et laboratoires de santé publique), qui les déclareront propres ou impropres à la consommation. Il faut alors les éliminer rapidement, avant qu'elles ne constituent un risque pour la santé. Les marchandises impropres à la consommation humaine peuvent être vendues comme aliments pour le bétail, ou être enterrées ou incinérées avec l'autorisation des autorités compétentes et en leur présence. Avant de faire de ces marchandises un aliment pour le bétail, un certificat doit être établi qui en autorise l'utilisation à cette fin. Dans tous les cas, les marchandises impropres à la consommation ne doivent pas réintégrer la chaîne d'approvisionnement pour les humains ou les animaux. L'élimination doit aussi être sans danger pour l'environnement et ne pas contaminer les sources d'eau.
11. **Menaces pesant sur la chaîne logistique** : dans les situations de conflit armé ou d'insécurité généralisée, il peut arriver que les factions combattantes pillent ou réquisitionnent les stocks de nourriture. Les risques encourus sur les voies de transport ou dans les entrepôts doivent donc être pris en compte. Des vols peuvent être commis à toutes les étapes de la chaîne : des mécanismes de contrôle supervisés doivent être mis en place à tous les points d'entreposage, de transmission et de distribution pour en réduire le risque au minimum. Des systèmes de contrôle interne doivent assurer la répartition des responsabilités pour réduire les risques de collusion. On vérifiera les stocks régulièrement pour détecter d'éventuels détournements illicites de nourriture. Les mesures à prendre ne concernent pas seulement la préservation de l'intégrité de la chaîne logistique, mais elles doivent aussi conduire à une analyse des implications politiques et de sécurité au sens large, comme le risque que les stocks détournés n'attisent un conflit armé (voir le principe de protection 1, page 38).



- 12. Une analyse de la filière** doit être effectuée régulièrement, et les informations utiles sur le niveau des stocks, les arrivages attendus et les distributions doivent être échangées avec toutes les parties prenantes de la chaîne logistique. Le suivi et la prévision des niveaux des stocks doivent permettre de se rendre compte à temps des risques de pénurie et éventuels problèmes, et d'y remédier. L'échange d'informations entre les partenaires peut faciliter l'octroi de prêts pour éviter une interruption de la filière. Celle-ci peut néanmoins se produire si les ressources sont insuffisantes. Dans ce cas, il peut s'avérer nécessaire de classer les articles du panier alimentaire par ordre de priorité lorsqu'on programme les ressources (c'est-à-dire choisir ce que l'on va acheter) en fonction des fonds disponibles. Les parties prenantes doivent être consultées, et l'on peut avoir à choisir des solutions telles que diminuer globalement la taille des rations ou réduire, voire exclure, les types de produits auxquels les bénéficiaires ont plus facilement accès (physiquement et économiquement).
- 13. Fourniture d'informations :** les informations pertinentes doivent être fournies aux parties concernées plutôt qu'à l'ensemble des partenaires, ce qui évitera les malentendus. Il faut envisager d'utiliser les médias locaux, les modes traditionnels de diffusion des nouvelles, et les technologies actuelles (SMS/textos, e-mail) pour tenir les autorités locales et les bénéficiaires informés des livraisons et renforcer la transparence.

Standard 5 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres : ciblage et distribution

La méthode de distribution ciblée de nourriture répond aux besoins en temps utile, est transparente et sûre, protège la dignité des personnes et est adaptée aux conditions locales.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Identifier et cibler les bénéficiaires de l'aide alimentaire en fonction de leurs besoins, en consultation avec les parties prenantes appropriées (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Concevoir des méthodes de distribution alimentaire efficaces et équitables, respectueuses de la dignité des personnes, en consultant les organisations partenaires, les groupes locaux et les bénéficiaires. Dès la conception, il faut garantir la participation active des femmes et des représentants des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes à mobilité réduite (voir les notes d'orientation 1 à 4).

- ▶ Consulter les parties prenantes locales sur l'emplacement des meilleurs points de distribution, qui seront faciles d'accès et sûrs pour les bénéficiaires (voir les notes d'orientation 5 et 6).
- ▶ Informer à l'avance les bénéficiaires du plan de distribution et de la qualité et de la quantité des rations alimentaires (voir les notes d'orientation 7 et 8).
- ▶ Suivre de près et évaluer les résultats de la distribution alimentaire ciblée (voir la note d'orientation 9).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les critères de ciblage sont établis sur la base d'une analyse détaillée de la vulnérabilité (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Les mécanismes de ciblage sont convenus avec la population touchée par la catastrophe (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Il existe d'autres modèles de distribution, adéquats pour les personnes à mobilité réduite (voir les notes d'orientation 3 et 4).
- ▶ Les bénéficiaires ne doivent pas avoir à faire plus de 10 km jusqu'au point de distribution, c'est-à-dire pas plus de quatre heures de marche (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Des cartes de rationnement, des banderoles ou des panneaux donnent des précisions sur les rations alimentaires lors des distributions (voir les notes d'orientation 7 et 8).
- ▶ Des mécanismes permettent d'assurer le suivi et/ou l'exercice de la redevabilité envers les bénéficiaires (voir la note d'orientation 9) en ce qui concerne :
 - les préférences des parties prenantes quant aux méthodes de distribution ;
 - les informations sur la distribution fournies aux bénéficiaires ;
 - la réception de la nourriture par les bénéficiaires : ce qui est prévu et ce qui est réel (réception en temps voulu, quantité, qualité)

Notes d'orientation

1. **Ciblage** : la nourriture doit être destinée aux personnes évaluées comme en ayant le plus besoin, à savoir les ménages se trouvant dans la plus grande précarité alimentaire et les personnes souffrant de malnutrition (voir Facteurs de vulnérabilité et capacités des populations touchées par une catastrophe, page 285, et les standards 1 et 2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, pages 172 et 176). Le ciblage dure tout au long de l'intervention, pas seulement pendant la phase initiale. Trouver le juste équilibre entre les erreurs par exclusion (qui peuvent menacer la vie) et les erreurs par inclusion (potentiellement perturbatrices et source de gaspillage) est une tâche qui peut s'avérer complexe ; de plus, corriger les erreurs coûte



normalement plus cher. Dans les situations d'urgence aiguë, les erreurs par inclusion sont plus acceptables que les erreurs par exclusion : une distribution générale peut se révéler appropriée dans les catastrophes de survenue soudaine, quand tous les ménages ont subi des pertes similaires, ou quand un ciblage précis n'est pas possible en raison des difficultés d'accès. Le choix des agents qui effectueront le ciblage doit se fonder sur leur impartialité, leurs compétences et leur capacité de rendre des comptes. Il peut s'agir des anciens du village, de comités d'aide élus localement, d'organisations de la société civile, d'ONG locales, d'institutions dépendant des autorités locales ou d'ONG internationales. Le choix de femmes comme agents de ciblage est vivement encouragé. La manière de procéder pour le ciblage doit recevoir l'aval des populations tant de bénéficiaires que de non-bénéficiaires, ce qui évitera de générer des tensions et de porter tort à quiconque (voir le standard essentiel 1, note d'orientation 3, page 64, et le principe de protection 2, page 41).

2. **Inscriptions** : les inscriptions des ménages désireux de recevoir une aide alimentaire doivent être ouvertes dès que possible et mises à jour si nécessaire. Les informations sur les bénéficiaires sont importantes si l'on veut mettre en place un système de distribution efficace (la taille et le profil démographique de la population ont un impact sur l'organisation de la distribution). Elles permettent aussi de dresser des listes de bénéficiaires, de comparer les listes et le nombre de cartes de rationnement distribuées (si c'est le cas) et d'identifier les personnes ayant des besoins particuliers. Dans les camps, les inscriptions constituent souvent un véritable défi, surtout si les personnes déplacées n'ont plus de pièces d'identité (voir le principe de protection 4, notes d'orientation 4 et 5, page 48). Les listes fournies par les autorités locales ou les listes de ménages dressées par les communautés elles-mêmes peuvent s'avérer utiles, à condition qu'une évaluation indépendante en confirme la justesse et l'impartialité. Les femmes de la population touchée par la catastrophe doivent être encouragées à s'impliquer dans le processus des inscriptions. Les agences doivent s'assurer que des personnes vulnérables n'ont pas été oubliées, surtout si elles sont confinées à la maison. Bien qu'on inscrive en général les noms des chefs de famille, les femmes doivent avoir le droit de s'inscrire sous leur propre nom : elles peuvent utiliser les transferts de vivres de façon plus appropriée au niveau du ménage. Si l'inscription sur les listes n'est pas envisageable dans les phases initiales de la catastrophe, il faudra s'en occuper dès que la situation sera stabilisée ; c'est particulièrement vrai si l'on s'attend à ce que les transferts de vivres se prolongent pendant un certain temps. Un mécanisme d'enregistrement des doléances et de réponse doit être mis en place pendant la durée des inscriptions (voir le standard essentiel 1, notes d'orientation 2 et 6, pages 64 et 65).

- 3. Méthodes de distribution des rations sèches :** la plupart des méthodes de distribution évoluent avec le temps. Une distribution générale de nourriture prend souvent la forme de rations sèches que les bénéficiaires préparent chez eux. La nourriture peut être remise aux détenteurs de cartes de rationnement individuelles ou pour le ménage, aux représentants de groupes de ménages, aux chefs traditionnels ou aux responsables d'une distribution ciblée à base communautaire. Le choix se fera en fonction des conditions locales, mais il peut changer avec le temps. Les risques inhérents aux distributions par l'intermédiaire de représentants ou de leaders doivent être étudiés soigneusement. Le choix des personnes auxquelles la nourriture est remise doit tenir compte de l'impact sur la charge de travail des uns et des autres, et des possibles risques de violence, y compris de violence domestique (voir les principes de protection 1 et 2, pages 38 et 41). Quant à la fréquence des distributions, elle doit tenir compte du poids des rations et des moyens qu'ont les bénéficiaires de les ramener chez eux. En particulier, il faut veiller à ce que les personnes âgées et les personnes handicapées reçoivent bien les rations auxquelles elles ont droit : les autres membres de leur communauté peuvent les aider à les transporter, mais des distributions hebdomadaires ou toutes les deux semaines seront sans doute préférables aux distributions mensuelles. Les efforts faits pour cibler les personnes vulnérables ne doivent pas ajouter à la stigmatisation qui les frappe : cela peut constituer un problème particulier dans des populations où un grand nombre de personnes vivent avec le VIH ou le sida (voir le principe de protection 4, notes d'orientation 1, et 9 à 11, pages 47 et 49).
- 4. Méthodes de distribution des rations « humides » :** exceptionnellement, une distribution générale de nourriture peut être effectuée avec des repas cuisinés ou prêts à l'emploi dans les phases initiales d'une situation d'urgence aiguë. Ces rations peuvent être indiquées, par exemple, quand les gens sont déplacés ; quand un climat d'extrême insécurité et le fait de rapporter de la nourriture chez soi exposerait les bénéficiaires à des risques de vol ou de violence ; quand la fréquence des mauvais traitements ou des taxes élevées excluent les personnes vulnérables ; quand des déplacements importants ont fait que les gens ont perdu leurs biens (matériel de cuisine et combustible) ou sont tellement faibles qu'ils ne peuvent pas se préparer de repas ; quand les dirigeants locaux détournent les rations ou qu'il y a des préoccupations concernant l'environnement (par exemple, menace d'un fragile équilibre écologique par une récolte excessive de bois de chauffage). Des repas scolaires et des mesures incitatives sous forme de nourriture pour le personnel enseignant peuvent constituer des éléments d'un mécanisme de distribution en cas d'urgence (voir les Normes minimales pour l'éducation du Réseau interagences pour l'éducation en situations d'urgence).



- 5. *Points de distribution et trajets*** : les points de distribution doivent être choisis dans des lieux sûrs et pratiques pour les bénéficiaires, et pas selon des impératifs de convenance logistique de l'agence (voir le principe de protection 3, notes d'orientation 6 à 9, pages 44 et 45). Le choix doit tenir compte de la nature du terrain et de la proximité d'autres formes d'aide (eau potable, toilettes, services médicaux, espaces ombragés, abris, espaces sécurisés pour les femmes). Les points de distribution ne doivent pas être installés dans des zones où les gens devraient traverser des postes de contrôle militaires ou autres postes de contrôle armés, ou négocier pour passer sans danger. La fréquence des distributions et le nombre de points de distribution doivent prendre en considération le temps nécessaire aux bénéficiaires pour se rendre aux points de distribution, aussi bien que les aspects pratiques et le coût du transport des marchandises. Les bénéficiaires doivent être en mesure de faire l'aller-retour en un jour ; d'autres moyens de distribution doivent être envisagés pour atteindre ceux qui ne peuvent se déplacer et sont isolés (comme les personnes à mobilité réduite). La vitesse de marche est d'environ 5 km/h, mais elle diminue si le terrain est mauvais ou en pente ; le temps nécessaire varie avec l'âge et la capacité de se déplacer. L'accès à la distribution est une source fréquente d'angoisse pour les populations marginalisées ou ostracisées dans les situations de catastrophe. Les horaires de distribution doivent être choisis de façon à interférer le moins possible avec les activités quotidiennes, à des heures qui permettent aux bénéficiaires de se rendre aux points de distribution à la lumière du jour, sans qu'ils doivent passer la nuit dehors, ce qui les exposerait à des risques supplémentaires (voir le principe de protection 1, page 38).
- 6. *Réduction des risques pour la sécurité*** : les distributions de nourriture peuvent générer des risques pour la sécurité, notamment des détournements et des actes de violence. Les tensions peuvent être très fortes. Les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées sont particulièrement exposées à perdre l'aide à laquelle ils ont droit. Les risques doivent être évalués par avance, et des mesures doivent être prises pour les réduire au minimum. On peut, par exemple, faire superviser les opérations par du personnel formé et faire garder les points de distribution par la population affectée elle-même. En cas de nécessité, on peut faire appel à la police locale, qui aura été sensibilisée aux objectifs des transferts de vivres. Une bonne planification de l'implantation des sites de distribution peut faciliter le maintien de l'ordre et réduire les risques pour la sécurité. Des mesures spécifiques de prévention, de suivi et de répression d'actes de violence liés au sexe, y compris l'exploitation sexuelle associée aux distributions de nourriture, doivent être mises en application. Il peut s'agir, par exemple, de séparer les hommes des femmes par des barrières ou de proposer des horaires décalés aux deux groupes, d'informer les équipes de distribution sur les règles de bonne conduite et les sanctions encourues pour agression

sexuelle, ou encore de désigner des « surveillantes » pour le déchargement, les inscriptions, et les phases de distribution et d'après-distribution (voir aussi la note d'orientation 5 et le principe de protection 2, page 41).

7. Diffusion de l'information : les bénéficiaires doivent être informés sur les points suivants :

- les quantités et types de rations distribués et les raisons des différences éventuelles avec ce qui avait été prévu ; les informations sur les rations doivent être affichées en évidence sur les sites de distribution, dans un format accessible aux personnes qui ne savent pas lire ou éprouvent des difficultés à communiquer (par exemple, écrites en langue locale, dessinées ou communiquées oralement), afin que les gens sachent à quoi ils ont droit ;
- le plan de distribution (jour, heure, lieu, fréquence) et les changements éventuels ;
- la qualité nutritionnelle des aliments et, le cas échéant, les soins particuliers à apporter pour préserver la valeur nutritionnelle ;
- les règles à respecter pour manipuler et utiliser les aliments en toute sécurité ;
- des informations spécifiques sur l'utilisation optimale des aliments pour enfants (voir les standards 1 et 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pages 182 et 184) ;
- les moyens qu'ont les bénéficiaires d'avoir plus de renseignements sur le programme et la procédure de transmission des doléances (voir le standard essentiel 1, notes d'orientations 4 à 6, pages 64 et 65).

8. Modifications du programme : les modifications du panier ou du volume des rations dues à des pénuries de denrées doivent être discutées avec les bénéficiaires, dans le cadre des comités de distribution ou par l'intermédiaire des chefs de communauté ou des organisations représentatives. Une feuille de route doit être établie en commun avant le début des distributions. Le comité de distribution doit informer les gens des changements apportés, des raisons qui y ont mené et du moment où les rations normales seront à nouveau disponibles. Il faut examiner les options suivantes :

- réduire les rations pour tous les bénéficiaires (répartition des denrées disponibles en parts égales ou réduction du panier) ;
- attribuer une ration « complète » aux personnes vulnérables et une ration « réduite » à la population générale ;
- en dernier recours, reporter la distribution.

S'il n'est pas possible de distribuer les rations initialement prévues, le déficit ne doit pas forcément être comblé lors de la distribution suivante (une distribution rétroactive n'est pas nécessairement appropriée).



9. **Suivi et évaluation** : il faut mener ces opérations à tous les niveaux de la chaîne logistique jusqu'au point de consommation (voir le standard essentiel 5, page 79). Aux points de distribution, on vérifiera que les dispositions nécessaires ont été prises en vue de la distribution avant que celle-ci ne commence (par exemple, concernant les inscriptions, la sécurité, la diffusion de l'information). Il faut procéder à des pesées aléatoires des rations reçues par les ménages pour vérifier que la distribution est effectuée de manière précise et équitable, et s'entretenir avec les bénéficiaires. Des visites aléatoires auprès des ménages permettront de s'assurer que les rations sont acceptables et utiles, et de repérer les personnes qui répondraient aux critères de sélection mais ne reçoivent pas de nourriture. Ces visites permettent aussi de découvrir si la famille reçoit de la nourriture supplémentaire, d'en déterminer l'origine, et de voir à quoi elle est utilisée et par qui (par exemple, cas de réquisition, recrutement ou exploitation, sexuelle ou autre). L'action de suivi doit analyser l'impact des transferts de vivres sur la sécurité des bénéficiaires. Il faut aussi étudier les effets des distributions à plus grande échelle, par exemple sur le cycle de production agricole, les activités agricoles, les conditions du marché et la disponibilité des moyens de production agricole.

Standard 6 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres : utilisation de la nourriture

La nourriture est entreposée, préparée et consommée de manière sûre et appropriée, tant au niveau des ménages que de la communauté.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Protéger les bénéficiaires contre une manipulation ou une préparation inappropriées de la nourriture (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Diffuser auprès des bénéficiaires les informations pertinentes sur l'importance de l'hygiène alimentaire et faire mieux connaître les pratiques hygiéniques pour la manipulation de la nourriture (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Lorsqu'on distribue des repas cuisinés, former le personnel aux conditions de sécurité en matière d'entreposage, de manipulation et de préparation de la nourriture, et aux dangers potentiels pour la santé qui peuvent découler de pratiques inadéquates (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Consulter (et, le cas échéant, conseiller) les bénéficiaires sur les conditions de stockage, de préparation, de cuisson et de consommation des aliments

distribués, et sur les implications d'une distribution ciblée sur les personnes vulnérables ; apporter des réponses aux questions qui pourraient être soulevées (voir les notes d'orientation 1 et 2).

- ▶ Veiller à ce que les ménages disposent d'ustensiles de cuisine appropriés, de combustible, d'eau potable et de matériel de nettoyage (voir les notes d'orientation 1 à 4).
- ▶ Pour les personnes qui sont dans l'incapacité de se préparer à manger ou de se nourrir, assurer l'accès aux proches aidants afin qu'ils préparent une nourriture appropriée et donnent à manger à ces personnes si nécessaire (voir la note d'orientation 5).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Aucun cas de risque sanitaire attribuable à la nourriture distribuée n'est signalé.
- ▶ Les bénéficiaires sont davantage sensibilisés aux bonnes pratiques d'hygiène alimentaire (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Tous les personnels responsables reçoivent obligatoirement une formation sur la manipulation des denrées alimentaires et les dangers découlant de mauvaises pratiques (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Les ménages ont accès sans restriction à un matériel et un équipement adéquats et sûrs pour la préparation des aliments (voir les notes d'orientation 3 et 4).
- ▶ La présence de proches aidants est garantie auprès de toutes les personnes nécessitant une assistance particulière (voir la note d'orientation 5).

Notes d'orientation

1. **Hygiène alimentaire** : les catastrophes perturbent souvent les habitudes d'hygiène normales des gens. Il peut s'avérer nécessaire de promouvoir une bonne hygiène en ce qui concerne la nourriture et de soutenir activement des mesures compatibles avec la situation et les schémas de maladies locaux, par exemple souligner l'importance de se laver les mains avant de manipuler des aliments, d'éviter de contaminer l'eau et de prendre des mesures contre les insectes et animaux nuisibles. Les bénéficiaires doivent être informés de la bonne manière de stocker la nourriture dans les ménages. Les proches aidant doivent être informés de la manière optimale d'utiliser les ressources du ménage pour nourrir les enfants et des bonnes méthodes de préparation (voir les standards 1 et 2 sur la promotion de l'hygiène, pages 104 et 107). Lorsque des cuisines communautaires sont installées pour fournir des repas chauds à la population touchée, il faut accorder une attention particulière au



choix de leur emplacement, en tenant compte notamment de l'accessibilité, de la sécurité et des conditions d'hygiène du site, de la disponibilité d'eau pour la cuisson des aliments et la boisson, et de l'espace de restauration.

2. **Sources d'information** : on mettra en place des mécanismes visant à faire circuler l'information et à recueillir les réactions des bénéficiaires, surtout des femmes (voir le standard essentiel 1, notes d'orientation 2 et 6, pages 64 et 65). Pour diffuser les instructions concernant la nourriture, les écoles et les espaces d'apprentissage sécurisés doivent être considérés comme des lieux appropriés. Des modes de présentation ou des schémas faciles à comprendre peuvent être nécessaires pour les personnes ayant des besoins différents en matière de communication (voir le standard essentiel 1, note d'orientation 4, page 64).
3. **Combustible, eau potable et articles ménagers** : le cas échéant, du combustible doit être fourni, ou un programme de reboisement ou de récolte de bois doit être mis en place – sous supervision pour garantir la sécurité des femmes et des enfants, qui sont les principaux ramasseurs de bois à brûler (concernant les poêles et le combustible, voir le standard 4 sur les articles non alimentaires, page 316). Sur l'accès à l'eau, les quantités et la qualité requises et les installations associées, voir les standards 1 à 3 sur l'approvisionnement en eau, pages 110 à 117). Concernant les ustensiles de cuisine et de table et les conteneurs à eau, voir le standard 3 sur les articles non alimentaires, page 315.
4. **L'accès aux installations de transformation des aliments**, telles que les meules, permet aux gens de préparer la nourriture comme ils le souhaitent et de gagner du temps qui peut être consacré à d'autres activités de production. La mouture réalisée dans les ménages réduit le temps et les quantités d'eau et de combustible nécessaires pour la cuisson (voir le standard 2 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, note d'orientation 2, page 214).
5. **Besoins particuliers** : parmi les personnes ayant besoin d'aide pour s'alimenter figurent les jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH (voir le standard 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, page 184, et le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, notes d'orientation 5 à 7, pages 211 et 212). Des programmes d'aide de proximité ou de soutien et de suivi supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires pour les personnes dont la capacité de nourrir les proches qu'elles ont à charge est réduite (par exemple, des parents présentant des troubles mentaux).

4.2. Sécurité alimentaire – Transferts d'argent liquide et de bons d'achat

Les transferts d'argent liquide et de bons d'achat représentent deux formes d'aide : les transferts d'argent liquide apportent de l'argent, alors que les transferts de bons d'achat fournissent aux gens des tickets pour acheter une certaine quantité d'un produit donné, par exemple de la nourriture (bons de marchandises), ou acheter pour un certain montant (bons à valeur monétaire). Bien que leur conception et leurs objectifs diffèrent, les transferts d'argent liquide et de bons d'achat ont en commun une optique de marché, puisque les bénéficiaires reçoivent du pouvoir d'achat.

Les transferts d'argent liquide et de bons d'achat sont utilisés pour répondre aux besoins alimentaires et non alimentaires essentiels, et pour permettre aux gens de reprendre une activité économique. Les allocations inconditionnelles (ou non ciblées ou « universelles ») en argent liquide ne sont assorties d'aucune condition sur la manière d'utiliser l'argent. Si toutefois des besoins essentiels ont été notés lors de l'évaluation, il est entendu que cet argent serait utilisé pour y répondre. Si l'on a reconnu le besoin de soutenir les activités de subsistance ou de production, l'argent distribué doit servir à cette fin. Les allocations inconditionnelles peuvent avoir leur place au début d'une situation d'urgence. Les allocations conditionnelles, quant à elles, sont liées à des utilisations particulières, comme la reconstruction d'une maison, la rétribution de main-d'œuvre, la création ou la restauration de moyens de subsistance, ou le recours aux services de santé. Les bons d'achat donnent accès à une gamme prédéterminée de produits (par exemple, nourriture, bétail, semences, outils) ou de services (par exemple, meules à grains, transports, accès au marché ou à des échoppes, prêts bancaires). Les bons ont soit une valeur monétaire, soit une valeur-produits. Ils doivent être utilisés dans certains magasins, avec certains marchands ou prestataires de services, ou dans le cadre de foires. Les programmes de bons doivent s'aligner sur les standards du secteur concerné. Les programmes de bons d'alimentation, par exemple, doivent viser les standards 1 à 3 et 6 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, pages 208 à 215 et 228.

Pour choisir les types de transfert les plus appropriés (vivres, argent liquide ou bons d'achat), il faut analyser le contexte, notamment le rapport coût-efficacité, les impacts secondaires sur le marché, la flexibilité des transferts, les ciblage, et les risques d'insécurité et de corruption.



Standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat : accès aux biens et aux services disponibles

L'argent liquide et les bons d'achat sont considérés comme des moyens de répondre aux besoins essentiels et de protéger et rétablir les moyens de subsistance.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Consulter et impliquer les bénéficiaires, les représentants communautaires et d'autres parties prenantes importantes concernant l'évaluation, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation (voir les notes d'orientation 1, 3, 6 et 7, et les standards essentiels 1 à 3, pages 62 à 69).
- ▶ Évaluer et étudier si les gens ont pu acheter ce dont ils avaient besoin sur les marchés locaux à des prix compétitifs par rapport à d'autres méthodes de transfert, et analyser la filière du marché (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Choisir de transférer de l'argent liquide ou des bons d'achat, ou une combinaison des deux, selon le mécanisme de transfert le plus approprié et en fonction des avantages les plus probables pour la population touchée par la catastrophe et pour l'économie locale (voir les notes d'orientation 1 à 3, 5 et 6).
- ▶ Mettre en place des mesures qui réduiront les risques de détournement illicite, d'insécurité, d'inflation, d'utilisation à mauvais escient et les effets négatifs sur les groupes désavantagés. Accorder un soin particulier aux systèmes de ciblage (voir les notes d'orientation 4 et 7).
- ▶ Assurer un suivi de l'opération pour voir si les transferts d'argent liquide et/ou de bons d'achat restent la méthode la plus appropriée, et si des ajustements sont nécessaires (voir la note d'orientation 8).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Toutes les populations cibles satisfont, au moins en partie, à leurs besoins en nourriture et à leurs besoins d'autres moyens de subsistance (biens de production, santé, éducation, transport, abris, etc.) en achetant sur les marchés locaux (voir les notes d'orientation 1, 2 et 8).
- ▶ Les transferts d'argent liquide et/ou de bons d'achat sont le type de transfert préféré par toutes les populations cibles, surtout les femmes et les autres personnes vulnérables (voir les notes d'orientation 3 à 8).

- ▶ Les transferts ne conduisent pas à des dépenses antisociales (voir les notes d'orientation 4 et 8).
- ▶ Les transferts ne créent aucune insécurité (voir les notes d'orientation 3, 4 et 8).
- ▶ Les transferts aident l'économie locale à se relever de la catastrophe (voir les notes d'orientation 1, 2 et 8).

Notes d'orientation

1. **Les transferts d'argent liquide et de bons d'achat sont des outils** : les transferts d'argent et de bons d'achat sont des mécanismes permettant d'atteindre les objectifs fixés et ne constituent pas des interventions en eux-mêmes. Une évaluation comparative méticuleuse doit montrer s'ils constituent une méthode appropriée ou non, et s'ils doivent être utilisés seuls ou combinés avec d'autres actions, comme un soutien en nature. Les transferts d'argent liquide et de bons d'achat peuvent être utilisés à différents stades de la catastrophe. Le type d'intervention sera déterminé non seulement par son efficacité et son efficacité escomptées pour répondre aux besoins essentiels des bénéficiaires ou pour restaurer leurs moyens de subsistance, mais aussi par le fait qu'il devrait présenter moins de risques associés. L'argent liquide et les bons d'achat offrent plus de choix et plus de souplesse que les interventions en nature, ce qui peut donner aux bénéficiaires un sentiment accru de dignité. Ils peuvent également avoir un effet démultiplicateur positif sur l'économie locale, élément dont il faut tenir compte lors des évaluations. On peut les utiliser de la manière suivante :

- allocation d'espèces – transfert d'argent, sous conditions ou non, en un ou plusieurs versements, pour répondre à une série de besoins ;
- bons d'achat de marchandises ou à valeur monétaire – transfert de bons en papier ou sous forme électronique à échanger contre certains biens précis ou contre des biens divers à concurrence de la valeur du bon ;
- travail contre rémunération – transfert d'argent correspondant au revenu obtenu en participant à certaines activités (exigeant habituellement un effort physique).

La planification, la mise en œuvre et le suivi doivent associer les parties prenantes locales, comme les gouvernements, les autorités locales, les structures et les représentants communautaires, les coopératives, les associations, les groupes locaux et les bénéficiaires. Cela donnera à l'intervention plus de pertinence et assurera sa pérennité. Une stratégie de sortie doit être prévue avec les principales parties prenantes dès le début.

2. **Impact sur les économies locales et les marchés** : il faudra procéder à une évaluation des marchés qui analyse la situation avant et après la catastrophe,



ainsi que les aspects compétitivité et intégration du marché pour répondre aux besoins du moment. L'analyse doit aussi montrer le rôle des différents acteurs du marché, la disponibilité et le prix des marchandises (biens destinés à assurer des moyens de subsistance, matériaux de construction des abris, denrées alimentaires, etc., selon les objectifs), les fluctuations saisonnières et l'accessibilité physique, sociale et économique pour les différents groupes de personnes vulnérables. L'argent liquide et les bons d'achat peuvent être une bonne formule quand les marchés fonctionnent correctement et sont accessibles, et quand la nourriture et d'autres articles de base sont disponibles en quantité suffisante et à un prix raisonnable. Les transferts peuvent alors stimuler l'économie locale et lui permettre de reprendre plus rapidement et de manière durable. L'activité des marchés stimulera les achats locaux et sera un encouragement à mieux utiliser les capacités des acteurs économiques existants. En revanche, si le contexte ne s'y prête pas, les transferts d'argent liquide et de bons d'achat peuvent fausser les marchés et avoir des effets négatifs, comme l'inflation. Il faut donc absolument suivre l'évolution des marchés pour bien comprendre l'impact que peuvent avoir ces transferts sur les économies locales et sur la population.

3. **Mécanismes de distribution de l'argent liquide et des bons d'achat :** l'argent liquide et les bons d'achat peuvent être distribués par l'intermédiaire des agences bancaires locales, des commerces, des marchands, des sociétés locales de transfert d'argent, des agences de transfert de fonds et des bureaux de poste. Ils peuvent être remis physiquement ou au moyen des technologies modernes comme la banque mobile ou les réseaux de téléphonie mobile. Les banques sont généralement efficaces, mais pas forcément accessibles aux personnes vulnérables ; si elles sont accessibles, par exemple via des services de banque mobile, elles peuvent se révéler une solution plus sûre. Pour choisir le mécanisme de distribution, il faut étudier les options disponibles et consulter les bénéficiaires. Parmi les paramètres à prendre en compte, on peut citer le coût pour les bénéficiaires (frais bancaires, temps et frais de déplacement, temps d'attente aux points de collecte), le coût pour l'organisation (charges et frais de mise en place, temps de personnel pour la mise en place et l'administration, et transport, sécurité, éducation et formation des bénéficiaires), l'efficacité et la productivité (fiabilité, résilience, obligation de rendre des comptes, transparence, suivi, flexibilité, contrôle financier, sécurité financière, et accessibilité pour les personnes vulnérables). Une méthode qui peut paraître coûteuse peut néanmoins s'avérer être le mécanisme de transfert le plus approprié.
4. **Prise en compte des risques :** parmi les craintes généralement associées aux transferts d'argent liquide et de bons d'achat figurent la crainte qu'ils contribuent à l'inflation (ce qui entraînerait – pour la population touchée par

la catastrophe autant que pour le reste de la population – une diminution du pouvoir d’achat), la crainte de leur utilisation à des fins antisociales (par exemple, abus d’alcool et de tabac) et la crainte d’un accès plus inégal des hommes et des femmes à l’argent qu’aux ressources en nature. En outre, le fait de transporter des espèces peut menacer la sécurité du personnel qui en est chargé et de la population concernée (voir le principe de protection 1, page 38), et l’attrait de l’argent peut compliquer le ciblage des bénéficiaires et accroître le risque de détournement ou de saisie par des groupes armés. Il ne faut toutefois pas oublier que les distributions en nature comportent aussi des risques (voir les standards 4 et 5 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, pages 218 et 222). Les risques associés à l’argent liquide et aux bons d’achat peuvent être réduits au minimum si le mécanisme est bien conçu, et si les risques sont bien analysés et la gestion bien conduite. Toutes les décisions doivent s’appuyer sur des éléments concrets : des craintes infondées ne doivent pas influencer la planification du programme.

5. **Fixation de la valeur des transferts** : la valeur fixée pour les transferts dépend du contexte. Le calcul doit se faire en consultation avec les autres agences et être fondé sur les priorités et les besoins de la population affectée, sur les prix des principaux biens qui seront vraisemblablement achetés sur le marché local, sur les autres formes d’aide qui ont été ou seront octroyées, sur les frais additionnels associés (par exemple, l’assistance aux personnes à mobilité réduite pour leurs trajets), sur la méthode, le montant et la fréquence des paiements, sur le calendrier des paiements en fonction du cycle des saisons, et sur les objectifs du programme et des transferts (par exemple, répondre aux besoins en nourriture au moyen du panier alimentaire ou fournir des emplois apportant un salaire journalier). Les variations de prix peuvent amoindrir le succès des transferts d’argent liquide ou de bons d’achat. Le budget doit donc être conçu de manière souple pour que l’on puisse ajuster la valeur des transferts ou ajouter une composante marchandise, en fonction du marché.
6. **Choix du type de transfert** : le choix du bon type de transfert dépend des objectifs du programme et du contexte local. Il peut être souhaitable d’adopter une combinaison de méthodes différentes, notamment avec assistance en nature et variations saisonnières. Les agences doivent consulter judicieusement la population affectée pour savoir quelles formes de transfert elle juge les plus appropriées (voir le standard 2 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance, page 242).
7. **Ciblage des programmes de transfert** : les difficultés peuvent être aussi grandes pour les biens et les services en nature, mais en raison de l’attrait exercé par l’argent liquide et les bons d’achat, il faut bien veiller à réduire au minimum les erreurs par exclusion ou par inclusion. On peut atteindre les



bénéficiaires soit par ciblage direct (les ménages ou la population touchés par la catastrophe), soit par ciblage indirect (par exemple les marchands ou les prestataires de services locaux). En cas d'insécurité, il est préférable d'envisager un ciblage indirect (voir le principe de protection 1, page 38). Des considérations de genre influent sur la décision quant au membre du ménage qui sera inscrit pour recevoir l'argent liquide ou les bons d'achat, comme c'est le cas pour les transferts en nature (voir le standard 5 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 222). Pour le ciblage, il est indispensable d'avoir une bonne coordination avec les parties prenantes, notamment les programmes publics d'assistance et de protection sociale assurant des transferts d'argent liquide (comme c'est le cas pour les transferts en nature).

- 8. *Suivi des transferts*** : une information sur la situation de départ est nécessaire, avec un suivi avant, pendant et après les programmes de transfert. On tiendra compte des effets directs et indirects des transferts d'argent liquide et de bons d'achats sur le marché. Les interventions doivent s'adapter à l'évolution du contexte et de la situation du marché. Le suivi doit s'intéresser aux prix des principaux biens, à l'effet multiplicateur sur l'économie locale et aux fluctuations des prix. On se posera les questions suivantes : qu'achètent les gens avec l'argent et les bons d'achat qu'on leur donne ? Peuvent-ils recevoir et dépenser de l'argent liquide en toute sécurité ? Y a-t-il des détournements d'argent liquide et de bons d'achat ? Les femmes influencent-elles la manière dont l'argent liquide et les bons d'achat sont dépensés ? (Voir le standard essentiel 5, page 79.)

4.3. Sécurité alimentaire – Moyens de subsistance

La résilience des moyens de subsistance d'une population et la vulnérabilité de cette population face à l'insécurité alimentaire dépendent largement des ressources (ou biens) dont elle dispose et de la façon dont elle a été touchée par la catastrophe. Parmi ces ressources, on peut citer le capital financier (espèces, crédits, épargne), mais aussi le capital physique (maison, machines), le capital naturel (terres, eau), le capital humain (main-d'œuvre, savoir-faire), le capital social (réseaux, normes) et le capital politique (influence, politique générale). Le plus important pour ceux qui produisent des denrées alimentaires est de savoir s'ils ont accès à des terres qui peuvent être mises en production et s'ils auront les moyens de continuer à cultiver. Pour ceux qui ont besoin d'un revenu pour s'acheter à manger, le plus important est de savoir s'ils auront accès à l'emploi, aux marchés et aux services. Pour les personnes touchées par une catastrophe, la préservation, la récupération et le développement des ressources nécessaires à leur sécurité alimentaire et à l'avenir de leurs moyens de subsistance doivent être des considérations prioritaires.

L'instabilité politique prolongée, l'insécurité et les menaces de conflit armé peuvent gravement restreindre les activités de subsistance et l'accès aux marchés. Les ménages peuvent être forcés d'abandonner leur lopin de terre et de perdre leurs biens, qu'ils les abandonnent ou qu'ils soient détruits ou pris par les parties au conflit.

Les trois standards traitent de la production primaire, de la création de revenus et de l'emploi, ainsi que de l'accès aux marchés, qu'il s'agisse de biens ou de services.

Standard 1 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance : production primaire

Les mécanismes de production primaire sont protégés et soutenus.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Fonder les interventions destinées à soutenir la production primaire sur une évaluation des moyens de subsistance, une analyse du contexte et une compréhension démontrée de la viabilité des systèmes de production, y compris l'accessibilité et la disponibilité des moyens de production et des services nécessaires, et de la demande du marché (voir la note d'orientation 1).
- ▶ N'introduire les nouvelles technologies que quand les producteurs de denrées alimentaires et les consommateurs locaux en ont bien saisi les implications pour les systèmes de production locaux, les pratiques culturelles et l'environnement (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Fournir des moyens de production agricole, ou de l'argent liquide pour les acheter, afin de permettre aux producteurs de penser leurs stratégies et de gérer leur production en souplesse et en réduisant les risques (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Fournir les moyens de production à temps et vérifier qu'ils sont acceptables pour la population locale et répondent à des normes de qualité appropriées (voir les notes d'orientation 4 et 5).
- ▶ Introduire les moyens de production et les services avec prudence, afin de ne pas exacerber les vulnérabilités ni accroître certains risques, par exemple en accroissant la rivalité pour des ressources naturelles rares ou en fragilisant les réseaux sociaux existants (voir la note d'orientation 6).



- ▶ Former les producteurs de denrées alimentaires à de meilleures pratiques de gestion quand c'est possible et approprié (voir les notes d'orientation 1, 2, 5 et 6).
- ▶ Acheter les moyens de production et les services localement quand c'est possible, sauf si cela risque de porter préjudice aux producteurs, aux marchés ou aux consommateurs locaux (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Procéder à un suivi régulier pour vérifier que les moyens de production agricole sont convenablement utilisés par les bénéficiaires (voir la note d'orientation 8).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les ménages dont les besoins ont été évalués ont accès aux moyens de production qu'il leur faut pour protéger ou redémarrer la production primaire et la ramener au niveau d'avant la catastrophe, lorsque c'est justifié, et en respectant le calendrier des travaux agricoles (voir les notes d'orientation 1 à 6).
- ▶ Tous les ménages ciblés reçoivent de l'argent liquide ou des bons d'achat, lorsque c'est considéré (ou évalué) comme étant une opération viable, à la valeur marchande des moyens de production requis, ce qui donne aux ménages le choix des moyens de subsistance (voir les notes d'orientation 3, 5 et 7).

Notes d'orientation

1. **Viabilité de la production primaire** : pour être viables, les stratégies de production alimentaire doivent avoir une chance raisonnable de se développer de manière adéquate et de réussir (voir Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS), dans Références et bibliographie complémentaire). Cette chance peut être influencée par plusieurs facteurs, dont :
 - l'accès à des ressources naturelles suffisantes (terres arables, pâtures, fourrage, eau, rivières, lacs, eaux côtières, etc.). L'équilibre écologique ne doit pas être compromis, par exemple par la surexploitation des terres à faible rendement, la surpêche ou la pollution de l'eau, en particulier en milieu périurbain ;
 - le niveau de compétence et de capacité, qui peut être limité là où les communautés sont sérieusement touchées par la maladie, ou dans les contextes où l'éducation et la formation sont interdites à certains groupes ;
 - la disponibilité de main-d'œuvre par rapport aux modèles de production existants et au calendrier des principales activités agricoles et aquacoles ;

- la disponibilité et l'accessibilité des moyens de production indispensables à la production agricole et aquacole.

Le niveau de production avant la catastrophe n'était peut-être pas très bon, et tenter de le retrouver peut se révéler en contradiction avec le principe de « ne pas nuire » (voir le principe de protection 1, page 38).

2. **Développement technologique** : parmi les « nouvelles » technologies peuvent figurer des variétés de cultures ou des espèces de bétail et de poissons améliorées, de nouveaux outils ou engrais ou des méthodes de gestion innovantes. Dans la mesure du possible, les activités de production alimentaire doivent s'appuyer sur les modèles existants ou les renforcer, et/ou être liées aux plans nationaux de développement. Les nouvelles technologies ne seront introduites après une catastrophe que si elles ont été précédemment mises à l'épreuve localement, et si l'on sait qu'elles sont appropriées et acceptables pour les bénéficiaires. Une fois introduites, ces technologies doivent être accompagnées de consultations appropriées auprès de la communauté, de la mise à disposition d'informations, d'un programme de formation et d'autres formes de soutien utiles. Autant que possible, cela se fera en coordination avec les acteurs publics et privés et avec les fournisseurs de moyens de production pour garantir la pérennité du soutien, l'accessibilité de la technologie à l'avenir et aussi, c'est essentiel, sa viabilité économique.
3. **Amélioration du choix** : parmi les interventions qui offrent aux producteurs un plus grand choix figurent l'argent liquide ou le crédit, à la place des moyens de production agricole ou pour les compléter, et les foires aux semences et au bétail où l'on utilise les bons d'achats, qui donnent aux agriculteurs l'occasion de sélectionner les semences ou les animaux dans les variétés et les espèces qu'ils préfèrent. L'aide à la production doit tenir compte des effets potentiels sur la nutrition, notamment l'accès à des aliments hautement nutritifs produits par les agriculteurs eux-mêmes ou grâce à l'argent provenant de la vente de la production. La fourniture de fourrage pour les animaux durant une période de sécheresse peut apporter aux communautés pastorales un avantage nutritionnel humain plus direct que ne peuvent le faire les transferts de vivres. La possibilité ou non de transférer de l'argent liquide aux ménages, pour qu'ils aient accès aux moyens de production agricole, doit être fondée sur la disponibilité des biens localement, l'accès aux marchés et la disponibilité d'un mécanisme de transfert sûr et peu coûteux.
4. **Fourniture en temps utile et acceptabilité** : parmi les moyens de production agricole, on peut citer les semences, les outils, les engrais, le bétail, l'équipement de pêche, le matériel de chasse, les prêts et les crédits, les informations sur les marchés et les transports. Plutôt que des moyens de



production en nature, on peut aussi fournir de l'argent liquide ou des bons d'achat qui permettent aux gens d'acheter les moyens de production de leur choix. La fourniture des moyens de production agricole et des services vétérinaires doit être organisée de manière à coïncider avec les calendriers de l'agriculture et de l'élevage. Deux exemples : la fourniture de semences et d'outils doit précéder la saison des plantations, et la réduction en urgence du cheptel pendant une période de sécheresse doit avoir lieu avant que le bétail excédentaire ne meure, tandis que la reconstitution du cheptel doit commencer une fois que la reprise est bien assurée, par exemple après les pluies suivantes.

5. **Semences** : il faut donner la priorité aux graines d'essences ou de variétés locales, afin que les agriculteurs puissent appliquer leurs propres critères pour en établir la qualité. Les cultures proposées doivent être celles qui sont reconnues comme prioritaires pour la prochaine saison. Certaines variétés doivent être approuvées par les agriculteurs et les experts agricoles locaux. Au minimum, les semences doivent être adaptées à l'agroécologie et aux conditions locales d'exploitation agricole, et être résistantes aux maladies. Il faut aussi les choisir en tenant compte de possibles événements futurs dus aux changements climatiques, comme les inondations, les sécheresses et l'élévation du niveau de la mer. Les semences ne provenant pas de la région doivent être munies de certificats de qualité adéquats. Il faut vérifier qu'elles conviennent aux conditions locales. Les interventions portant sur les semences proposeront aux agriculteurs un assortiment de cultures et de variétés, de sorte qu'ils puissent choisir la stratégie qui convient le mieux à leur propre système de production. Les semences hybrides peuvent convenir, lorsque les agriculteurs les connaissent bien et ont une expérience de leur culture. On ne peut déterminer cet aspect qu'en consultant la communauté. Lorsque des graines sont fournies gratuitement, les agriculteurs qui cultivent le maïs préféreront peut-être des semences hybrides aux variétés locales, qui sont plus coûteuses à l'achat. Il faut également se conformer à la politique gouvernementale concernant les semences hybrides avant de les distribuer. Il ne faut pas distribuer de semences génétiquement modifiées, sauf si elles ont été approuvées par les autorités locales, et il faut alors en informer les agriculteurs.
6. **Impact sur les moyens de subsistance ruraux** : la production d'aliments de base peut ne pas être viable s'il y a un manque de ressources naturelles vitales (il se peut même qu'elle ne soit pas viable à plus long terme si ces ressources s'amenuisaient déjà avant la catastrophe) ou si certaines catégories de la population n'y ont pas accès (par exemple, les personnes qui n'ont pas de terre). Promouvoir une production qui exige un accès accru ou modifié à des ressources naturelles disponibles au niveau local peut

faire monter les tensions au sein de la population locale, ce qui risque à son tour de restreindre l'accès à l'eau et à d'autres biens essentiels. Il faut se montrer prudent lorsqu'on fournit des ressources, qu'elles soient en espèces ou en nature, car elles peuvent également accroître le risque d'insécurité pour les bénéficiaires ou générer des conflits (voir le standard 2 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance, page 242, et le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat, page 232). De plus, la fourniture gratuite de moyens de production peut perturber les mécanismes traditionnels de soutien et de redistribution sociaux, tout en réduisant gravement les activités du secteur privé et en menaçant ainsi l'accès ultérieur aux moyens de production.

7. **Achat de moyens de production au niveau local** : dans la mesure du possible, il faut essayer de se procurer les moyens et les services destinés à la production alimentaire, comme les services vétérinaires et les semences, à travers des systèmes d'approvisionnement locaux, légaux et vérifiables. Pour soutenir le secteur privé local, il faut utiliser des mécanismes comme l'argent liquide et les bons d'achat, qui établiront un lien direct entre les producteurs primaires et les fournisseurs. Au moment de concevoir ces systèmes permettant les achats locaux, il faut s'assurer de la disponibilité des moyens de production appropriés et de la capacité des fournisseurs à augmenter l'approvisionnement, étant donné le risque d'inflation (par exemple, l'augmentation des prix des denrées difficiles à trouver) et la qualité des moyens de production. L'importation directe de moyens de production ne doit se faire que quand des solutions locales ne peuvent être mises en place.
8. **Suivi de l'utilisation** : on peut chiffrer les indicateurs du processus et du rendement de la production, du traitement et de la distribution de nourriture : surface plantée, quantité de semences plantées par hectare, production, naissances dans les troupeaux, etc. Il est capital de déterminer la manière dont les producteurs utilisent les moyens de production (en vérifiant par exemple que les semences sont effectivement semées, et que les outils, les engrais, les filets et le matériel de pêche sont utilisés comme prévu) ou dont ils utilisent l'argent reçu pour acheter les moyens de production. La qualité de ces moyens doit aussi être examinée sous l'angle de leur performance, de leur acceptabilité et des préférences des producteurs. Il est important pour l'évaluation de prendre en considération l'incidence du projet sur la nourriture disponible au sein des ménages, comme les réserves alimentaires des ménages, la quantité et la qualité de la nourriture consommée, ou la quantité de nourriture vendue ou donnée. Lorsque le projet vise à accroître la production d'un type spécifique d'aliment, comme les produits d'origine



animale ou à base de poisson, ou encore les légumineuses riches en protéines, l'utilisation de ces produits par les ménages devra être examinée.

Standard 2 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance : revenus et emploi

Lorsque la création de revenus et l'emploi sont des stratégies de subsistance réalisables, les hommes et les femmes ont un accès égal à des activités rémunératrices appropriées.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Fonder les décisions relatives aux activités génératrices de revenus sur une étude de marché et sur une bonne analyse participative de la capacité des ménages à entreprendre ces activités (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Baser le type de rémunération (espèces, bons d'achat, nourriture ou une combinaison de ces éléments) sur une analyse saine des capacités locales, des besoins immédiats, des systèmes de marché et des préférences de la population touchée par la catastrophe (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Baser le niveau de rémunération sur les besoins, les objectifs de rétablissement des moyens de subsistance et les salaires locaux de la main-d'œuvre (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Faire en sorte que des procédures soient en place pour procurer un environnement de travail sûr et sans risque (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Prendre des mesures pour éviter les détournements ou l'insécurité, lorsqu'il s'agit de sommes d'argent importantes (voir la note d'orientation 6).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Toutes les personnes ciblées génèrent des revenus par leurs activités et contribuent ainsi à satisfaire leurs besoins essentiels et autres besoins en matière de subsistance.
- ▶ Les interventions créatrices d'emploi sont accessibles de la même manière aux hommes et aux femmes. Elles n'ont pas d'impact négatif sur le marché local et n'entravent pas les activités normales de subsistance (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Il est rappelé à la population que les rémunérations contribuent de manière égale à la sécurité alimentaire de tous les membres du ménage, et elle le comprend (voir la note d'orientation 8).

Notes d'orientation

1. **Caractère approprié des initiatives** : une étude de marché est fondamentale pour justifier et définir les activités. On utilisera les outils existants qui permettent de comprendre les marchés et les systèmes économiques (voir sous Marchés dans Références et bibliographie complémentaire). Il faut utiliser au maximum les ressources humaines locales pour concevoir les projets et identifier les activités les plus appropriées. Les options possibles pour certains groupes (femmes enceintes, personnes handicapées et personnes âgées) doivent faire l'objet de discussions avec les groupes cibles. Lorsque le nombre de personnes déplacées (réfugiées ou déplacés internes) est élevé, il faut examiner la possibilité d'employer et de former tant les personnes déplacées que la population hôte. L'implantation des activités doit tenir compte des risques d'attaques, des risques pour la sécurité (comme les zones minées) et des zones impropres d'un point de vue environnemental (par exemple, les terrains contaminés ou pollués, exposés à des effondrements ou des inondations, ou excessivement escarpés) (voir les principes de protection 1 à 3, pages 38 à 43).
2. **Transferts de revenus aux ménages ne pouvant participer que de manière limitée** : s'il est vrai que de nombreux ménages peuvent tirer parti des offres d'emploi et des activités génératrices de revenus qui leur sont offertes, les effets de la catastrophe sur certains d'entre eux ne leur permettent pas de profiter de ces opportunités, ou le temps à attendre pour en retirer les bénéfices est trop long. Des mesures servant de filets de sécurité, comme les transferts sans condition d'argent liquide et/ou de vivres, doivent être envisagées pour ces ménages, avec un plan pour les rattacher à des systèmes de protection sociale existants ou pour préconiser d'autres filets de sécurité en cas de besoin.
3. **Types de rémunération** : les rémunérations peuvent être en espèces ou en nourriture, ou une combinaison des deux, et visent à permettre aux ménages vivant dans l'insécurité alimentaire de satisfaire leurs besoins. Plutôt que de les payer pour des travaux d'intérêt communautaire, on peut les inciter à contribuer à des travaux qui leur seront directement utiles. Il faut étudier les besoins des gens en termes d'achat et l'impact de dons en argent liquide ou en nourriture pour satisfaire d'autres besoins fondamentaux (école, accès aux services de santé, obligations sociales). Le type et le montant des rémunérations seront décidés au cas par cas, compte tenu des facteurs énumérés ci-dessus, de la disponibilité de liquidités et de nourriture, et de l'impact possible sur le marché local de l'emploi.
4. **Paiements** : il n'y a pas de règles générales pour fixer les niveaux de rémunération, mais lorsque cette dernière se fait en nature et est fournie comme un transfert de revenus, il faut tenir compte de la valeur de la revente



(de nourriture, par exemple) sur les marchés locaux. Le gain net en revenus découlant de la participation des personnes aux activités du programme devra être plus élevé que s'ils avaient consacré leur temps à d'autres activités. Ceci s'applique aux activités de type nourriture contre travail et travail contre rémunération en espèces, ainsi qu'aux crédits, aux aides à la création d'entreprise, etc. Les possibilités d'activité rémunératrice devront élargir l'éventail de sources de revenus, et non remplacer les sources existantes. La rémunération ne doit pas avoir un impact négatif sur les marchés locaux du travail, par exemple en causant une envolée des salaires, en détournant la main-d'œuvre d'autres activités ou en portant atteinte à des services publics essentiels.

5. **Risques dans l'environnement de travail** : il faut éviter un environnement de travail à haut risque en introduisant des procédures pratiques destinées à réduire au minimum les dangers ou à soigner les blessures – briefings, trousse de premiers secours et vêtements de protection, etc., au besoin. On prendra des mesures pour limiter autant que possible le risque d'exposition au VIH. On veillera aussi à assurer la sécurité sur le chemin du travail, notamment par un bon éclairage public, la fourniture de lampes de poche, la mise en place de système d'alerte précoce (utilisation de cloches, sifflets, radios, etc.) et le respect des normes de sécurité, comme les déplacements en groupes ou l'interdiction de se déplacer après la tombée du jour. Il faut surtout se préoccuper de la situation des femmes, des filles et d'autres personnes pouvant faire l'objet d'agressions sexuelles. On fera en sorte que tous les participants soient au courant des procédures d'urgence et aient accès aux systèmes d'alerte précoce (voir les principes de protection 1 et 3, pages 38 et 43).
6. **Risque d'insécurité et de détournement** : le versement de ressources en argent liquide ou en nourriture (par exemple, sous la forme de prêts ou de rétribution du travail effectué) pose des problèmes de sécurité aussi bien pour le personnel du programme que pour les bénéficiaires (voir le standard 5 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, note d'orientation 6, page 226, et le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat, note d'orientation 4, page 234).
7. **Responsabilités en matière de soins et moyens de subsistance** : la participation à des activités rémunératrices ne doit pas nuire aux soins à dispenser aux enfants ni à l'exercice d'autres responsabilités en matière de soins, car les risques de sous-alimentation et d'autres risques pour la santé peuvent s'en trouver accrus. Les programmes devront peut-être envisager d'employer des prestataires de soins de santé ou de fournir des installations à cet effet. Il peut se révéler contreproductif d'augmenter la charge de travail des gens, des femmes en particulier. Les programmes proposés ne doivent

pas gêner l'accès à d'autres débouchés, dans les domaines de l'emploi ou de l'éducation par exemple, ni détourner certaines ressources familiales d'activités productives déjà en place. La participation aux activités génératrices de revenus doit se faire dans le respect de la législation nationale sur l'âge minimum d'admission à l'emploi, qui correspond généralement à l'âge de la fin de la scolarité obligatoire.

8. **Utilisation de la rémunération** : une rémunération juste signifie que les revenus générés constituent un pourcentage important des ressources nécessaires à la sécurité alimentaire. La gestion par le ménage des apports d'argent ou de nourriture (y compris la distribution au sein même du ménage et les utilisations finales) doit être bien comprise, car la manière dont ces apports sont répartis peut exacerber des tensions existantes et, de ce fait, porter atteinte de diverses manières à la sécurité alimentaire des membres du ménage. Les interventions qui génèrent des revenus et des emplois ont souvent des objectifs multiples liés à la sécurité alimentaire, concernant notamment des ressources communautaires qui ont une incidence sur elle. Par exemple, la réparation des routes peut améliorer l'accès aux marchés et aux soins de santé, et la réparation ou la construction de systèmes de collecte de l'eau et d'irrigation peuvent améliorer la productivité.

Standard 3 sur la sécurité alimentaire – moyens de subsistance : accès aux marchés

L'accès en toute sécurité des personnes touchées par une catastrophe aux produits et services des marchés en tant que producteurs, consommateurs et marchands est protégé et favorisé.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Protéger et renforcer l'accès des producteurs, des consommateurs et des marchands à des marchés actifs et abordables (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Baser les interventions relatives à la sécurité alimentaire et aux moyens de subsistance sur une évaluation visant à établir si les marchés locaux fonctionnent ou sont perturbés, ainsi que sur leur capacité de renforcement (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Baser la sensibilisation à toute amélioration et à d'éventuels changements de politique sur des études de marché avant chaque intervention (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Prendre les mesures nécessaires pour promouvoir et soutenir l'accès des personnes vulnérables au marché (voir la note d'orientation 4).



- ▶ Maîtriser les effets négatifs des interventions, notamment des achats et des distributions de nourriture, sur les marchés locaux (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Réduire au minimum les conséquences négatives des variations saisonnières extrêmes ou autres fluctuations anormales des prix du marché (voir la note d'orientation 6).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les interventions sont conçues de façon à soutenir la reprise des marchés, soit directement, soit en encourageant le commerce local par le biais de programmes de distribution d'argent liquide et/ou de bons d'achat.
- ▶ Toutes les populations cibles jouissent d'un accès sûr et sans restriction aux biens, services et systèmes du marché pendant toute la durée du programme.

Notes d'orientation

1. **L'offre et la demande** : l'accès économique aux marchés dépend du pouvoir d'achat, des prix pratiqués et de la disponibilité des marchandises. Le caractère abordable des marchés est fonction du rapport entre les besoins essentiels (nourriture, principaux moyens de production agricoles comme les semences et les outils, services de santé) et les sources de revenus (cultures de rapport, bétail, salaires, etc.). L'érosion des avoirs se produit lorsque la détérioration du marché pousse les gens à vendre leurs biens (souvent à bas prix) pour satisfaire leurs besoins de base (au prix fort). L'accès aux marchés peut aussi être influencé par l'environnement politique et le contexte de sécurité, ou par des considérations culturelles ou religieuses, ce qui restreint l'accès de certains groupes, comme les minorités.
2. **Études de marché** : il faudra réfléchir à l'accès à des marchés actifs pour toute la population touchée par une catastrophe, y compris les personnes vulnérables. Les interventions qui apportent une rémunération en espèces, en bons d'achat ou en nourriture, ou qui fournissent des moyens de production doivent être précédées d'une étude de marché sur le produit fourni. L'achat des excédents au niveau local apportera un soutien aux producteurs locaux, mais il faut aussi tenir compte de risques éventuels. Les importations feront vraisemblablement baisser les prix locaux (voir le standard 1 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, note d'orientation 7, page 174).
3. **Sensibilisation** : les marchés fonctionnent dans le cadre plus vaste des économies nationale et mondiale, qui influent sur les conditions des marchés locaux. Par exemple, les politiques gouvernementales, notamment celles

relatives aux prix et aux échanges commerciaux, influencent l'accès et la disponibilité. Bien que les mesures à prendre à ce niveau dépassent la portée des interventions en situation de catastrophe, il est nécessaire d'analyser ces facteurs, car il peut y avoir des possibilités d'approches conjointes inter-agences ou de sensibilisation des gouvernements et d'autres organismes pour améliorer la situation (voir le principe de protection 3, page 43).

4. **Personnes vulnérables** : il faut mener des études de vulnérabilité pour identifier les personnes ayant un accès restreint aux marchés et aux moyens de subsistance. Les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes âgées et les femmes devant s'occuper de proches doivent recevoir un soutien à cet égard.
5. **Impact des interventions** : l'approvisionnement local en nourriture, semences et autres produits peut conduire à une augmentation locale des prix au détriment des consommateurs mais au profit des producteurs locaux. À l'inverse, les produits importés peuvent faire baisser les prix et décourager la production locale, et accroître potentiellement l'insécurité alimentaire. L'apport de numéraire peut avoir un effet multiplicateur positif sur l'économie locale, mais peut aussi faire flamber les prix de certains produits essentiels. Les responsables de ces apports extérieurs doivent en étudier les effets et en tenir compte. La distribution de nourriture peut aussi influencer sur le pouvoir d'achat des bénéficiaires, puisqu'il s'agit bien d'une forme de transfert de revenus. Certains produits peuvent se vendre à bon prix, d'autres moins (par exemple, l'huile par opposition aux aliments composés). 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. Il est donc important de bien comprendre les pratiques de vente et d'achat des ménages pour déterminer de manière plus générale l'impact des programmes de distribution de nourriture.
6. **Fluctuations saisonnières anormales des prix** : de telles fluctuations des prix peuvent porter préjudice aux producteurs agricoles pauvres, qui doivent vendre leurs produits lorsque les prix sont au plus bas (habituellement juste après la récolte), ou aux propriétaires de bétail qui sont obligés de vendre leurs bêtes pendant une période de sécheresse. Quant aux consommateurs qui ont peu de revenus disponibles, ils ne peuvent pas se permettre d'investir dans des réserves d'aliments et ont plutôt recours à de petits achats fréquents. Ils sont donc forcés d'acheter même lorsque les prix sont élevés (par exemple, pendant une sécheresse). Parmi les exemples d'interventions qui peuvent limiter ces effets au minimum figurent l'amélioration des systèmes de transport et de stockage, la diversification de la production alimentaire ou les transferts d'argent ou de vivres dans les moments difficiles.



Annexe 1

Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance

D'une manière générale, les évaluations de la sécurité alimentaire classent souvent les membres de la population qui a subi une catastrophe par groupes de subsistance, selon leurs sources de revenus ou de nourriture et les 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 du moment avec la situation d'avant la catastrophe en matière de sécurité alimentaire. On peut prendre comme point de comparaison une année dite « moyenne ». Les rôles et les vulnérabilités spécifiques des femmes et des hommes, et leurs conséquences pour la sécurité alimentaire des ménages, seront également pris en considération.

L'aide-mémoire ci-après couvre les grands domaines généralement pris en compte lors d'une évaluation de la sécurité alimentaire.

1 Sécurité alimentaire des groupes de subsistance

- ▶ Y a-t-il, au sein de la population, des groupes qui ont les mêmes stratégies de subsistance ? Comment peuvent-ils être classés en fonction de leurs principales sources de nourriture ou de revenus ?

2 Sécurité alimentaire avant la catastrophe (point de référence)

- ▶ Comment les différents groupes de subsistance se procuraient-ils de la nourriture ou des revenus avant la catastrophe ? 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 pendant une année normale ? (Il sera peut-être utile d'établir un calendrier saisonnier.)
- ▶ Si l'on repense aux cinq à dix dernières années, comment la sécurité alimentaire a-t-elle varié d'une année à l'autre ? (Il sera peut-être utile d'établir un tableau chronologique ou un historique des bonnes et des mauvaises années.)

- ▶ Quels types de biens, d'économies ou d'autres réserves les différents groupes de subsistance possèdent-ils (stocks alimentaires, économies en numéraire, cheptel, investissements, crédits, créances non réclamées, etc.) ?
- ▶ Sur une période d'une semaine ou d'un mois, quels sont les postes de dépense des ménages, et 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 d'informations sur les marchés, les moyens de transport, etc.)
- ▶ Quelle est la disponibilité des produits essentiels, y compris alimentaires, et à quel prix ?
- ▶ Avant la catastrophe, quel était le pourcentage moyen des sources essentielles de revenus consacré à la nourriture (la part du salaire consacrée à la nourriture, la part du cheptel destinée à la nourriture, etc.) ?

3 Sécurité alimentaire durant la catastrophe

- ▶ Comment la catastrophe a-t-elle touché les différentes sources de nourriture et de revenus pour chacun des groupes de subsistance identifiés ?
- ▶ Comment a-t-elle agi sur les schémas saisonniers habituels de sécurité alimentaire pour les différents groupes ?
- ▶ Comment a-t-elle fait sentir ses effets sur l'accès aux marchés, la disponibilité et les prix des produits essentiels ?
- ▶ Pour les divers groupes de subsistance, quelles sont les différentes stratégies d'adaptation et quel est le pourcentage de personnes qui les emploient ?
- ▶ Comment cet aspect a-t-il changé par rapport à la situation d'avant la catastrophe ?
- ▶ Quel groupe est le plus touché ?
- ▶ Quels sont les effets à court et à moyen termes des stratégies d'adaptation sur les avoirs, financiers et autres, des personnes ?
- ▶ Pour tous les groupes de subsistance et toutes les personnes vulnérables, 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

Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité semencière

Ci-après des questions types à poser pour cette évaluation :

1. Avant la catastrophe (point de comparaison)

- Quelles sont les cultures les plus importantes pour les agriculteurs ? À quoi les utilisent-ils ? Consommation, source de revenus, les deux ? Ces cultures poussent-elles toute l'année ? Quelles cultures mineures pourraient devenir importantes en temps de crise ?
- Comment les agriculteurs se procurent-ils ces semences ou autre matériel de plantation de ces cultures ? (Prendre en considération toutes les voies possibles.)
- Quels sont les paramètres d'ensemencement pour chaque culture majeure ? Quelle est la superficie cultivée moyenne ? Quels sont les taux d'ensemencement ? Quels sont les taux de multiplication (rapport de la quantité de semences ou de grains récoltée à la quantité de semences plantée) ?
- Y a-t-il des variétés importantes ou préférées de cultures ?
- 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 d'en vendre les produits aux différents stades de la production et après la production ?

2. Après la catastrophe

- Une intervention dans le domaine de l'agriculture est-elle réalisable du point de vue des bénéficiaires ?
- 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 ?

3. Estimation de l'offre et de la demande en semences : stocks domestiques

- ▶ La production domestique est-elle suffisante pour les semences ? Il faut compter 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 ? 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 ?

4. Estimation de l'offre et de la demande en semences : marchés locaux

- ▶ Les marchés fonctionnent-ils de manière générale malgré la catastrophe (y a-t-il des jours de marché, les fermiers peuvent-ils se déplacer, vendre et acheter librement) ?
- ▶ Les volumes de semences et de graines à disposition sont-ils comparables à ceux proposés à la même époque dans les conditions normales des saisons précédentes ?
- ▶ Les cultures et les variétés que les agriculteurs trouvent à leur goût sont-elles disponibles sur les marchés ?
- ▶ Les prix courants des semences et des graines sont-ils comparables à ceux des saisons précédentes à la même époque ? S'il y a une différence, est-elle suffisamment importante pour vraisemblablement poser problème aux agriculteurs ?

5. Estimation de l'offre et de la demande en semences : secteur structuré

- ▶ Les cultures et les variétés proposées dans le secteur structuré sont-elles adaptées à des zones particulièrement perturbées ? A-t-on des indications claires que les agriculteurs vont les adopter ?
- ▶ Les quantités de semences disponibles dans le secteur structuré suffiront-elles à couvrir les besoins d'assistance ? Si ce n'est pas le cas, quelle proportion des besoins des agriculteurs peuvent-elles couvrir ?



Annexe 3

Aide-mémoire pour l'évaluation de la situation nutritionnelle

Voici des exemples de questions pour les évaluations portant sur les causes profondes de la sous-alimentation, le niveau de risque nutritionnel et les interventions possibles. Les questions sont basées sur le cadre conceptuel des causes de la sous-alimentation (voir la page 166). Les informations seront vraisemblablement disponibles auprès d'une variété de sources, et il faudra, pour les collecter, recourir à un éventail d'outils d'évaluation, notamment des entretiens avec des informateurs clés, l'observation et l'examen des données secondaires (voir également les standards essentiels 1, 3 et 4, pages 62, 69 et 75).

Avant la situation d'urgence

Quelles informations existent quant à la nature, à l'ampleur et aux causes de la sous-alimentation dans la population touchée ? (Voir le standard 2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, page 176.)

Risque existant de sous-alimentation

1. Le risque de sous-alimentation lié à l'accès à la nourriture – voir l'annexe 1 : Aide-mémoire pour l'évaluation de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance.
2. Le risque de sous-alimentation lié à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et aux pratiques de soins :
 - 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 foyers ? 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), ce qui compromet l'accès aux « soignants secondaires » (personnes prenant soin de l'enfant autres que la personne en charge habituellement), l'accès à la nourriture pour les enfants, l'accès à l'eau, etc. ?

- Y a-t-il des nourrissons qui ne sont pas nourris au sein ? Y a-t-il des nourrissons nourris au lait artificiel ?
 - A-t-on observé ou soupçonné une baisse des bonnes pratiques en matière d'alimentation des nourrissons pendant la phase d'urgence, en particulier concernant l'initiation de l'allaitement au sein ou les taux d'allaitement exclusif au sein, une augmentation du taux d'alimentation au lait artificiel ou une augmentation du pourcentage d'enfants non nourris au sein ?
 - Est-il possible de trouver des suppléments 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 du 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 et le sida ont-ils eu des répercussions sur les pratiques de soins dans les familles ?
3. Le risque de sous-alimentation lié à une mauvaise santé publique (voir le chapitre Action sanitaire, page 329)
- 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 ? (Voir les standards 1 à 3 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, pages 358 à 363.)
 - Quelle est la couverture vaccinale estimée contre la rougeole au sein de la population touchée par la catastrophe ? (Voir le standard 1 sur les services de santé essentiels – santé infantile, page 368.)
 - 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 5 ans) ? Quels sont-ils et quelle méthode a été utilisée ? (Voir le standard 1 sur les services de santé essentiels, page 355.)
 - 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 touchée ?
 - La prévalence de l'infection à VIH est-elle importante ?
 - Les gens sont-ils déjà exposés 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 ?
 - Y a-t-il une forte incidence de paludisme ?



- Les gens ont-ils passé de longues périodes dans l'eau ou dans des vêtements mouillés ? Ont-ils été exposés de manière prolongée à d'autres conditions environnementales éprouvantes ?
4. 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 au sein ou des ONG présentes à long ou à court termes dans la région ?
 - Quelles interventions en matière de nutrition ou quel soutien communautaire étaient déjà en place avant la catastrophe, organisés par des communautés locales, des particuliers, des ONG, des organisations gouvernementales, des agences onusiennes, des organisations religieuses, etc. ? Quels sont les politiques relatives à la nutrition (passées, en cours ou tombées en désuétude), 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 envergure, 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 programmes d'évaluation nutritionnelle ou de nutrition.

Des enquêtes ne doivent être menées sur des tranches d'âges autres que celle des enfants de 6 à 59 mois que si :

- ▶ une étude contextuelle approfondie de la situation est entreprise, y compris sur les causes de malnutrition. Ce n'est que si les résultats de cette étude donnent à penser que l'état nutritionnel des jeunes enfants ne reflète pas l'état nutritionnel de la population dans son ensemble qu'une enquête nutritionnelle doit être envisagée pour d'autres tranches d'âge ;
- ▶ des experts techniques sont disponibles pour assurer une collecte de données de très bonne qualité, en effectuer une analyse adéquate, et en présenter et en interpréter correctement les résultats ;
- ▶ les ressources et les coûts d'opportunité qu'entraîne l'inclusion d'autres tranches d'âge dans l'enquête ont été pris en compte ;
- ▶ des objectifs clairs et bien documentés ont été formulés pour l'enquête.

Enfants de moins de 6 mois

Si les recherches se poursuivent 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 enfants 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 de la référence NCHS (National Center for Health Statistics) concernant la croissance aux normes de croissance OMS, publiées en 2006, entraîne une augmentation du nombre de cas d'émaciation chez les nourrissons de moins de 6 mois. Les conséquences de ce changement doivent être étudiées et prises en



compte. Parmi les problèmes potentiels figurent une augmentation du nombre de nourrissons soumis aux programmes de supplémentation, ou le fait que les proches aidants s'interrogent sur le bien-fondé d'un allaitement exclusif au sein. 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 alimentaires – Le nourrisson est-il exclusivement nourri au sein ?
- État clinique – Le nourrisson présente-t-il des complications ou un état de santé exigeant un traitement qui l'expose à des risques élevés ?
- Facteurs maternels – Par exemple, la mère manque-t-elle de soutien familial ou est-elle déprimée ? L'admission en milieu hospitalier pour des programmes d'alimentation thérapeutique est prioritaire pour les enfants exposés à des risques accrus.

Enfants 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. Les indices poids-taille seront calculés d'après les normes OMS de croissance de l'enfant (2006). Le z-score du rapport poids-taille est l'indicateur de choix pour rendre compte des résultats des enquêtes anthropométriques. Le périmètre brachial (PB) est un critère indépendant 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 renutrition thérapeutique. Les seuils communément utilisés sont <11,5 cm pour la malnutrition aiguë sévère, et 11,5-<12,5 pour la malnutrition aiguë modérée. On utilise aussi souvent cet indicateur, avec des seuils plus élevés, dans une procédure de dépistage en deux temps. Il ne doit pas être utilisé seul dans les enquêtes anthropométriques, mais 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 59,9 mois	rapport poids-taille <-2 z-scores et/ou PB <12,5 cm et/ou œdème nutritionnel	rapport poids-taille -3 à <-2 z-scores et/ou PB 11,5 à < 12,5 cm	rapport poids-taille <-3 z-scores et/ou PB <11,5 cm et/ou œdème nutritionnel

Enfants de 5 à 19 ans

Il est recommandé d'utiliser les normes de croissance OMS, publiées en 2007, pour déterminer l'état nutritionnel des enfants de 5 à 19 ans. Ces courbes de données de référence pour la croissance ont été reconstruites à partir des données de référence NCHS/OMS de 1977. Elles sont étroitement alignées sur les normes OMS de croissance de l'enfant de 6 à 59 mois et les seuils recommandés pour les adultes. L'utilisation du périmètre brachial chez les enfants plus âgés et les adolescents, surtout dans le contexte d'infections à VIH, est envisageable. 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 (de 20 à 59,9 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 la malnutrition aiguë sévère pourrait se situer au-dessous d'un indice de masse corporelle (IMC) de 16, et au-dessous de 18,5 pour la malnutrition aiguë légère ou modérée. Les études de la malnutrition chez l'adulte doivent viser à collecter 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 malnutrition 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 sévèrement limitées, les études pourront se baser sur les seules mesures du périmètre brachial.

Étant donné que l'interprétation des résultats anthropométriques est compliquée par le manque de données validées sur les résultats fonctionnels et de points de référence pour déterminer la signification des résultats, ces résultats devront être interprétés parallèlement à des informations contextuelles détaillées. On trouvera des conseils sur l'évaluation dans la section Références et bibliographie complémentaire.

Au moment de faire passer des tests individuels en vue d'une admission aux 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, etc.). 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 agence choisira



l'indicateur qui déterminera les conditions d'accès aux soins, en tenant compte des défauts connus de l'IMC et du manque d'informations disponibles sur le périmètre brachial, et des conséquences de leur utilisation pour le programme. 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.

Le périmètre brachial peut être utilisé comme outil de repérage chez la femme enceinte (par exemple, comme critère d'entrée dans un programme d'alimentation). Étant donné leurs besoins nutritionnels supplémentaires, les femmes enceintes courent plus de risques 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 (risque sérieux) ou à 23 cm (risque modéré) peut se traduire par un retard de croissance du fœtus. Les valeurs-seuils varient d'un pays à l'autre de 21 à 23 cm. On considère généralement qu'un périmètre brachial inférieur à 21cm 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. Or, ce groupe est susceptible de souffrir de malnutrition durant les situations d'urgence. 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, de sorte que ces dernières sont souvent exclues des études 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 y a 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 consulter les conclusions des 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

Mesures de l'importance, pour la santé publique, des carences en micronutriments

Lorsque des carences en micronutriments sont détectées cliniquement, elles doivent être traitées de toute urgence au cas par cas. Les cas individuels sont généralement indicatifs d'un problème de même nature 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 les plans de la logistique, de la formation du personnel, de la chaîne du froid et parfois aussi en termes d'acceptabilité. Les mesures biologiques ne sont pas toujours aussi clairement utiles, c'est-à-dire sensibles et spécifiques, qu'on l'aurait souhaité. 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, comme c'est le cas pour la malnutrition aiguë. 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, il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'une ingestion excessive ou insuffisante de ceux-ci. C'est une question à se poser en particulier lorsque de multiples produits hautement fortifiés ou suppléments sont utilisés pour fournir des micronutriments à une population touchée par une catastrophe.

Le tableau ci-dessous présente, avec différents indicateurs, une classification des carences en micronutriments importantes pour la santé publique.



Indicateur de carence en micronutriments

Indicateur de carence en micronutriments	Tranches d'âge recommandées 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)	6-71 mois	Non précisé	> 0,5
Xérosis/ulcération cornéenne, kératomalacie (X2, X3A, X3B)	6-71 mois	Non précisé	> 0,01
Cicatrices cornéennes (XS)	6-71 mois	Non précisé	> 0,05
Rétinol sérique (≤0,7 µmol/L)	6-71 mois	Faible	≥ 2 – < 10
		Modérée	≥10 – < 20
		Sévère	≥ 20
Carence en iode			
Goitre (visible et palpable)	Enfants d'âge scolaire	Faible	5 – 19,9
		Modérée	20 – 29,9
		Sévère	≥ 30
Concentration urinaire médiane en iode (µg/l)	Enfants d'âge scolaire	Apport excessif	> 300 ¹
		Apport adéquat	100 – 199 ¹
		Faible	50 – 99 ¹
		Modérée	20 – 49 ¹
		Sévère	< 20 ¹
Carence en fer			
Anémie (hémoglobine chez la femme non enceinte <12 g/dl ; enfants 6-59 mois <11 g/dl)	Femmes, enfants 6-59 mois	Faible	5 – 20
		Modérée	20 – 40
		Sévère	≥ 40

Indicateur de carence en micronutriments	Tranches d'âge recommandées pour les études de prévalence	Définition d'un problème de santé publique	
		Gravité	Prévalence (%)
Béribéri¹			
Signes cliniques	Population entière	Faible	≥ 1 cas & <1%
		Modérée	1 – 4
		Sévère	≥ 5
Apport nutritionnel (<0,33mg/1 000kcal)	Population entière	Faible	≥ 5
		Modérée	5 – 19
		Sévère	20 – 49
Mortalité infantile	Enfants 2-5 mois	Faible	Pas d'augmentation
		Modérée	Petite augmentation
		Sévère	Augmentation marquée
Pellagre¹			
Signes cliniques (dermatite) dans la tranche d'âge étudiée	Population entière ou femmes >15 ans	Faible	≥ 1 cas & <1%
		Modérée	1 – 4
		Sévère	≥ 5
Apport nutritionnel en équivalents niacine <5mg/j	Population entière ou femmes >15 ans	Faible	5 – 19
		Modérée	20 – 49
		Sévère	≥ 50
Scorbut¹			
Signes cliniques	Population entière	Faible	≥ 1 cas & < 1%
		Modérée	1 – 4
		Sévère	≥ 5

¹ Pour de plus amples informations sur les analyses biochimiques et les seuils significatifs en santé publique, consulter la littérature la plus récente ou un spécialiste.



Annexe 6

Besoins nutritionnels

Les chiffres suivants peuvent être utilisés aux fins de planification durant le stade initial d'une catastrophe. Les besoins nutritionnels minimums figurant dans le tableau ci-après doivent servir à valider les rations générales destinées à la population. Ces besoins sont calculés sur la base d'un profil démographique présumé, d'hypothèses de température ambiante et de niveaux d'activité des gens. Ils tiennent aussi compte des besoins supplémentaires des femmes enceintes et des mères allaitantes. Les valeurs données ne sont pas prévues pour juger de l'opportunité de distribuer des rations de supplémentation alimentaire ou des rations thérapeutiques, ni pour évaluer les rations destinées à des sous-groupes particuliers, comme les personnes souffrant de tuberculose ou vivant avec le VIH.

Il y a deux aspects importants à prendre en compte avant d'utiliser les chiffres de besoins indiqués ci-dessous. Tout d'abord, ces valeurs moyennes par personne des besoins minimums de la population, applicables à des groupes de population, incorporent les besoins de toutes les tranches d'âge et des deux sexes. Ils ne sont donc pas spécifiques à une tranche d'âge ou à un sexe, et ne doivent pas être utilisés en tant que besoins d'un individu. Ensuite, ces besoins sont basés sur un profil de population particulier.

Nutriment	Besoins minimums de la population ¹
Énergie	2 100 kcal
Protéines	53 g (10% de l'énergie totale)
Matières grasses	40 g (17% de l'énergie totale)
Vitamine A	550 µg EAR*
Vitamine D	6,1 µg
Vitamine E	8 mg 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
Vitamine B6 (Pyridoxine)	1,2 mg
Vitamine B12 (Cobalamine)	2,2 µg
Acide folique	363 µg EFA*
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

* Alpha-TE : équivalent d'alpha-tocophérol

EAR : équivalent d'activité du rétinol

EFA : équivalent de folate alimentaire

¹ Exprimés en apports nutritionnels de référence (ANR) pour tous les nutriments sauf énergie et cuivre.

Référence : les apports de référence en nutriments utilisés pour les calculs relatifs à toutes les vitamines et à tous les minéraux sont tirés de *Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition* (besoins en vitamines et minéraux en nutrition humaine), 2^e édition, FAO/OMS, 2004, sauf en ce qui concerne le cuivre, qui n'était pas couvert par cet ouvrage. Les besoins en cuivre sont tirés de *Trace Elements in Human Nutrition and Health* (éléments-traces dans la nutrition humaine et la santé), OMS, 1996.



Le tableau qui suit donne une idée de la structure globale moyenne de la population par tranches d'âge. Il faut toutefois noter que cette répartition dépend de chaque contexte et peut varier considérablement. Par exemple, dans certaines communautés rurales, l'exode des générations d'âge moyen a entraîné l'apparition d'un nombre disproportionné de personnes âgées avec charge d'enfants.

Tranches d'âge	% de la population
0–6 mois	1,32
7–11 mois	0,95
1–3 ans	6,58
4–6 ans	6,41
7–9 ans	6,37
10–18 ans sexe féminin	9,01
10–18 ans sexe masculin	9,52
19–50 femmes	17,42
51–65 femmes	4,72
19–65 hommes	27,90
65+ femmes	2,62
65+ hommes	2,18
Femmes enceintes	2,40
Femmes allaitantes	2,60

Source : United Nations, 2003, *World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050 (Perspectives de la population mondiale. Révision de 2002)*.

Les besoins énergétiques des populations doivent être ajustés en fonction des facteurs suivants :

- la structure démographique de la population, en particulier le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans et le pourcentage de femmes ;
- 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 x 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 malnutrie et doit rattraper un retard de croissance. La prévalence du VIH et du sida aura parfois une incidence sur les besoins moyens de la population (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 208). L'ajustement éventuel des rations générales dépendra du contexte et des normes internationales en vigueur.

S'il n'est pas possible d'obtenir ce type d'informations par les évaluations, les chiffres du tableau précédent pourront être utilisés comme un minimum



Références et bibliographie complémentaire

Références

Black R. E. et al., Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences, www.thelancet.com, series, 17 January 2008.

CARE, Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual, 2008.

Castleman T., Seumo-Fosso E. et Bruce Cogill B., Les traitements antirétroviraux dans des contextes aux ressources limitées : implications pour l'alimentation et la nutrition, FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note n°7, Washington DC, 2004.

Coates J., Swindale A. and Bilinsky P., Échelle de l'Accès déterminant l'Insécurité alimentaire des Ménages (HFIAS) pour la Mesure de l'Accès alimentaire des Ménages : Guide d'Indicateurs, FANTA, Washington DC, 2007.

Comité de la sécurité alimentaire mondiale de la FAO, Directives volontaires à l'appui de la concrétisation progressive du droit à une alimentation adéquate dans le cadre de la sécurité alimentaire nationale, Rome, 2004.

Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (IFE Core Group), Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes, 2007. www.ennonline.net/resources/6

Le droit à une nourriture suffisante (article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 12, U.N. Doc E/C. 12/1999/5, 12 mai 1999. www.unhchr.ch

LEGS, Normes et Directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS), Practical Action Publishing, RU, 2009. www.livestock-emergency.net/userfiles/LEGS_French_final%20reduced%20size.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant, 2009.

OMS, Référence de croissance pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents, 2007. www.who.int/growthref/en/

OMS, Code international de commercialisation de substituts de lait maternel. Version intégrale du code et résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé, 1981. www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

www.ibfan.org

Organisation internationale du travail (OIT), C138, Convention sur l'âge minimum, 1973.

www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?C138

Pejic J., The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol 83, no 844 p.1097, Geneva, 2001. www.icrc.org.

Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE), Normes minimales pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement (incluant programmes d'alimentation scolaire en situation d'urgence), New York, 2010.

www.ineesite.org

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale A. et Bilinsky P., Score de Diversité alimentaire des Ménages (SDAM) pour la mesure de l'accès alimentaire des ménages : Guide d'indicateurs, Version 2. FANTA, Washington DC, 2006.

UNHCR/World Food Programme (WFP)/University College London/IASC Nutrition Cluster, NutVal 2006 version 2.2, 2006.

www.nutval.net/2008/05/download-page.html

WFP, Food Distribution Guidelines, Rome, 2006.

Bibliographie complémentaire

Évaluations

Évaluation initiale

Inter-Agency Standing committee (IASC), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters, 2009.



Évaluation de la sécurité alimentaire

CARE USA, Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners, 2002.

Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis, Washington DC, 2009.

www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO/WFP), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines, Rome, 2009.

Save the Children, The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers, London, 2008.

Programme alimentaire mondial (PAM), Manuel d'évaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence, deuxième édition, Rome, 2009.

WFP, Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines, Rome, 2009.

Évaluation de la sécurité semencière

Longley C. et al, Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems, Disasters, 26, 343–355, 2002.

Sperling L., When disaster strikes: a guide to assessing seed system security, International Center for Tropical Agriculture, Cali, Colombia, 2008.

Évaluation des moyens d'existence

IASC, 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, 2009.

Jaspers S. and Shoham J., A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability, ODI, 2002.

Marchés

Albu M., Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit, Practical Action, Oxfam GB, 2010.

CARE, Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis, 2008.

Consommation alimentaire

FANTA, Score de Diversité alimentaire des Ménages (SDAM) pour la mesure de l'accès alimentaire des ménages : Guide d'indicateurs, Washington DC, 2006.

WFP, Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis, Technical Guidance Sheet, Rome, 2008.

Méthodes participatives

ActionAid, Participatory Vulnerability Analysis, London, 2004.

CARE, Analyse de la Vulnérabilité et de la Capacité d'adaptation au Changement climatique. Manuel, 2010.

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, L'évaluation de la vulnérabilité et des capacités. Enseignements et recommandations, Genève, 2007.

Tearfund, CEDRA, Évaluation des risques et de l'adaptation au changement climatique et à la dégradation de l'environnement, 2009.

Systèmes d'information sur la nutrition et la sécurité alimentaire

Partenaires globaux de l'IPC, Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire, Manuel technique. Version 1.1, 2008.

www.fao.org/docrep/011/i0275f/i0275f00.HTM

Shoham J., Watson F. and Dolan C., The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2, ODI, London.

Système d'alerte contre la famine (Famine Early Warning Systems Network—FEWS NET) : www.fews.net.

Système de cartographie et d'information sur l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité (SICIAV) : www.fivims.org/.

Système mondial d'information et d'alerte rapide de la FAO : www.fao.org/gIEWS/french/index.htm.

Évaluation anthropométrique

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/WFP, A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality, Rome, 2005.

Collins S., Duffield A. and Myatt M., Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations, Geneva, 2000.

UN ACC Sub Committee on Nutrition, Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies, Report of an SCN working group on emergencies special meeting, in SCN News 22, pp.49–51, Geneva, 2001.



Save the Children UK, Évaluation nutritionnelle en situation d'urgence, Directives pour agents de terrain, 2006.

Young H. and Jaspars S., The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies : A primer for decision makers, London, 2006.

Évaluation des micronutriments

Horstein J. et al., Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations, Micronutrient Initiative and CDC, 2007.

Seal A. and Prudhon C., Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions, Geneva, 2007.

Évaluation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

CARE, Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide, 2010. www.enonline.net/resources

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

IFE Core Group (Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence), Protéger les nourrissons en cas d'urgence : Information pour les médias, 2009.

[www.enonline.net/pool/files/ife/ife-media-guide-french\(1\).pdf](http://www.enonline.net/pool/files/ife/ife-media-guide-french(1).pdf)

IFE Core Group and collaborators, IFE Module 1: Orientation package on IFE, 2009. www.enonline.net/ife

IFE Core Group, Module 2, L'alimentation infantile dans les situations d'urgence pour le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition dans les situations d'urgence, 2007.

www.enonline.net/pool/files/ife/module-2-v1-1-combined-french.pdf

HCR, Directives sur l'alimentation des nourrissons et le VIH dans le contexte des populations réfugiées et déplacées, 2009. www.unhcr.fr/4b9f9f315.pdf

UNICEF/OMS, Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Genève, 2003.

USAID/AED/FANTA/University of California DAVIS/Institut international de recherches sur les politiques alimentaires (IFPRI)/UNICEF/OMS, Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2009.

WHO, HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence, Geneva, 2010.

WHO, Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies, Geneva, 2004.

Interventions de sécurité alimentaire

Généralités

Barrett C. and Maxwell D., *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role*, London, 2005.

CPI-IASC, *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire, Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence*, Chapitres 4, Aide-mémoire 6, Sécurité alimentaire et nutrition, 2005.

Maxwell D. et al., *Emergency food security interventions. Good Practice Review 10*, Relief and Rehabilitation Network, ODI, London, 2008.

UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, *Food and Nutrition Needs in Emergencies*, Geneva, 2002.

Ciblage et distribution des vivres

Jaspars S. and Young H., *General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3*, Relief and Rehabilitation Network, ODI, London, 1995.

UNHCR, *UNHCR Handbook for Registration*, Geneva, 2003.

WFP, *School Feeding Quality Standards*, Rome, 2009.

WFP, *Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide*, Rome, 2008.

WFP, *Targeting in Emergencies*, Rome, 2006.

Gestion de la chaîne logistique et qualité et innocuité de la nourriture

CARE, *Food Resource Management handbook*, 1998

Logistics Cluster, *Logistics Operational Guide*, WFP, Rome, 2010.

United Nations Humanitarian Response Depot, *Catalogue and Standard Operating Procedures*, 2010. www.unhrd.org

WFP, *Food Quality Control*, 2010: foodquality.wfp.org

WFP, *Food Storage Manual*. Natural Resources Institute/WFP. Chatham, UK and Rome, 2003.

World Vision International Food Programming and Management Group, *Food Resource Manual*, Second edition, 2008

World Vision International. *Food Monitors Manual*.



Fourniture d'argent liquide et de bons d'achat

Action contre la faim (ACF), Implementing Cash-Based Interventions : A guide line for aid workers, Paris, 2007.

Adams L., Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper, 2007.

Cash Learning Partnership, Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK/Oxfam GB/British Red Cross, with support from ECHO, London, 2010.

Creti P. and Jaspars S., Cash Transfer Programming in emergencies, Oxfam GB, London, 2006.

Harvey P., Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper, ODI, London, 2005.

Interventions semencières

Catholic Relief Services (CRS), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS in collaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling L. and Remington T., with Haugen J.M., Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10, International Centre for Tropical Agriculture/CRS, Rome, 2006.

Manuels généraux sur la nutrition en situation d'urgence

CPI-IASC, Outils de promotion de la nutrition lors des situations d'urgence, 2008.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, Harmonised Training Package (HTP), 2006.

Prudhon C., Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations, Paris, 2002.

HCR/PAM, Manuel pour l'alimentation sélective : la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence, 2009.

UNHCR/UNICEF/WFP/WHO, Food and Nutrition Needs in Emergencies, Geneva, 2002.

WFP, Food and Nutrition Handbook, Rome, 2001.

WHO, The Management of Nutrition in Major Emergencies, Geneva, 2000.

Personnes vulnérables

CPI-IASC, Femmes, filles, garçons et hommes. Des besoins différents, des chances égales (Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire), 2008.

FANTA/WFP, Food Assistance Programming in the Context of HIV, 2007.

FAO/OMS, 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, 2002.

HelpAge International, Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action, Nairobi, 2001.

www.helpage.org/publications.

HelpAge/HCR, Les personnes âgées face aux catastrophes et aux crises humanitaires : lignes directrices pour une meilleure pratique, 2007.

Winstock A., The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children, Winslow Press. Bicester, UK, 1994.

Prise en charge de la malnutrition aiguë

Emergency Nutrition Network (ENN)/Centre for International Health and Development (CIHD) ACF, Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Report, Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes, 2010.

ENN, IFE Core Group and collaborators, Integration of IYCF support into CMAM, 2009. www.ennonline.net/resources

FANTA-2, Training guide for Community based management of acute malnutrition, 2008.

Navarro-Colorado C., Mason F. and Shoham J., Measuring the effectiveness of SFP in emergencies, 2008.

Navarro-Colorado C. and Shoham J., Supplementary feeding Minimum reporting package, (à paraître).

VALID International, Community Based Therapeutic Care (CTC): A field Manual, 2006.

WHO, Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers, Geneva, 1999.

WHO/WFP/UNSCN/UNICEF, Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition : A Joint Statement by the WHO, the WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF, 2007.



Carences en micronutriments

OMS, Le scorbut et sa prévention et son contrôle dans les situations d'urgence d'envergure, Genève, 1999.

OMS, La carence en thiamine et sa prévention et son contrôle dans les situations d'urgence d'envergure, Genève, 1999.

OMS, Supplémentation en vitamine A : utilisation des suppléments dans le traitement et la prévention de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie (deuxième édition), Genève, 1998.

Seal A. and Prudhon C., Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions, 2007.

UNICEF/United Nations University (UNU)/WHO, Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers, Geneva, 2001.

WHO, Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies, Geneva, 2000.

WHO/UNICEF, Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies, 2007.

**Standards minimums
sur les abris,
l'habitat
et les articles
non alimentaires**



Comment utiliser ce chapitre

Ce chapitre est divisé en deux sections principales :

Abris et habitat

Articles non alimentaires : vêtements, matériel de couchage et articles ménagers

Chaque section propose des standards généraux à utiliser dans tout scénario d'intervention, tant pour les personnes déplacées que pour les personnes non déplacées, et couvre plusieurs aspects : les abris familiaux individuels, temporaires ou transitoires, sur les sites d'origine, ou le retour vers des logements réparés ; les hébergements temporaires dans des familles d'accueil ; les zones d'établissement communautaires temporaires, qu'il s'agisse de camps aménagés ou de campements auto-organisés, de centres communautaires, ou de centres de transit ou de retour.

Il faut, dans le présent chapitre, tenir compte systématiquement des principes de protection et des standards essentiels.

Bien que prévus principalement pour guider l'intervention humanitaire en cas de catastrophe, les standards minimums peuvent aussi être pris en considération pendant la préparation aux catastrophes et la période de transition vers les activités de relèvement et de reconstruction.

Chacune des deux sections comprend les éléments suivants :

- **Les standards minimums** : ils sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimums à atteindre pour fournir des abris lors d'une intervention humanitaire.
- **Les actions clés** : ce sont les activités suggérées et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les standards minimums.
- **Les indicateurs clés** : ce sont des « signaux » qui indiquent si oui ou non le standard a été atteint. Ils sont un moyen de mesurer et de communiquer les processus et les résultats des actions clés. Ils se rapportent au standard minimum, et non à l'action clé elle-même.
- **Les notes d'orientation** : elles portent sur des points particuliers à prendre en compte lors de l'application des standards minimums, des actions clés et des indicateurs clés dans différentes situations. Elles donnent des orientations pour résoudre les difficultés pratiques, ainsi que des points de repère et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux standards, aux actions ou aux indicateurs, et exposer les dilemmes, controverses ou lacunes subsistant dans l'état actuel des connaissances.

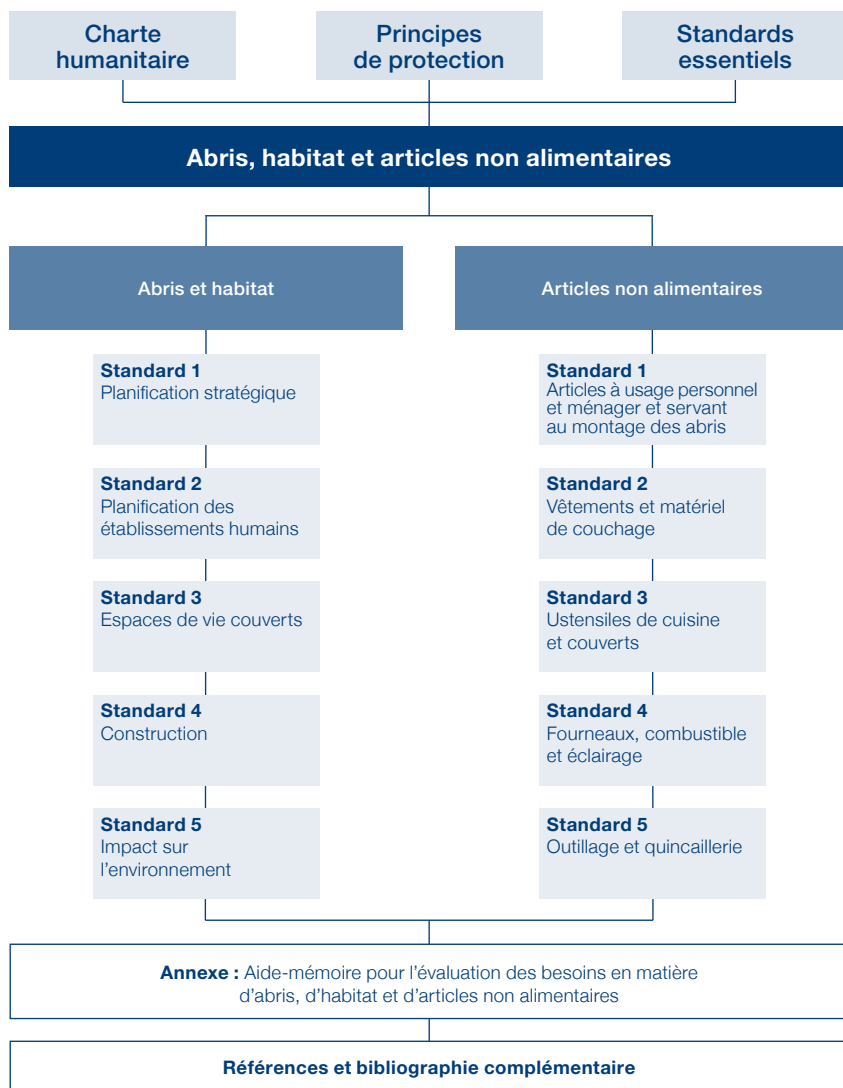
Si les actions clés ne peuvent être menées ni les indicateurs clés atteints, les conséquences néfastes qui en résultent pour la population touchée par une catastrophe doivent être évaluées, et des mesures d'atténuation appropriées doivent être prises.

Un aide-mémoire pour l'évaluation des besoins aidera à l'application des standards minimums tant pour la définition que pour le suivi des interventions. On trouvera aussi une liste de références et une bibliographie complémentaire, qui propose une sélection de guides pratiques.

Table des matières

Introduction	279
1. Abris et habitat	287
2. Articles non alimentaires : vêtements, matériel de couchage et articles ménagers	309
Annexe : Aide-mémoire pour l'évaluation des besoins en matière d'abris, d'habitat et d'articles non alimentaires	320
Références et bibliographie complémentaire	326





Introduction

Liens avec la Charte humanitaire et le droit international

Les standards minimums sur les abris, l'habitat et les articles non alimentaires sont une expression concrète des convictions et des engagements que partagent les agences humanitaires, et des principes communs qui régissent l'action humanitaire tels qu'ils sont formulés dans la Charte humanitaire. Fondés sur le principe d'humanité et repris dans le droit international, ces principes sont notamment le droit de vivre dans la dignité, le droit à la protection et à la sécurité, et le droit à une assistance humanitaire fournie selon les besoins. Une liste des documents juridiques et d'orientation essentiels sur lesquels repose la Charte humanitaire est fournie pour référence à l'annexe 1 (page 406), accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires. Dans les interventions humanitaires, les abris, l'habitat ou les établissements humains, ainsi que les articles non alimentaires qui y sont associés, sont des notions familières couvertes par le droit à un logement convenable, tel qu'il est formulé dans les textes juridiques relatifs aux droits humains.

Toute personne a droit à un logement convenable. Ce droit est reconnu dans les principaux instruments juridiques internationaux (voir Références et bibliographie complémentaire : Instruments juridiques internationaux). Il comprend le droit de vivre en sécurité, dans la paix et la dignité, avec une sécurité d'occupation du logement ; il comprend aussi une protection contre les expulsions forcées, ainsi que le droit à restitution. Les instruments juridiques définissent un logement convenable par les éléments suivants :

- ▶ un espace suffisant et une protection contre le froid, l'humidité, la chaleur, la pluie, le vent ou d'autres menaces pour la santé, notamment les risques structurels et les vecteurs de maladies ;
- ▶ l'existence des services, installations, matériels et infrastructures nécessaires ;
- ▶ le fait d'être économiquement abordable, l'habitabilité, l'accessibilité, l'emplacement et le respect du milieu culturel ;



- ▶ un accès durable aux ressources naturelles et communes, à l'eau potable, à une source d'énergie pour cuisiner, au chauffage, à l'éclairage, à des services d'assainissement et à des équipements sanitaires, à des moyens de conservation des denrées alimentaires, à des dispositifs d'évacuation des ordures ménagères, à un système d'évacuation des eaux usées et à des services d'urgence ;
- ▶ le fait que les établissements humains et les logements soient situés de manière à permettre l'accès en toute sécurité aux services de santé, aux écoles, aux garderies d'enfants et à d'autres services sociaux, ainsi qu'à des possibilités de développer des moyens de subsistance ;
- ▶ le fait que les matériaux de construction utilisés et les règlements relatifs à la construction des logements permettent, de façon appropriée, l'expression de l'identité culturelle et la diversité des logements.

Les standards minimums figurant dans ce chapitre ne sont pas l'expression exhaustive du droit à un logement convenable tel qu'il est défini dans les instruments juridiques internationaux pertinents. En fait, ils reflètent les **composantes essentielles** de ce droit et contribuent à sa réalisation progressive.

L'importance des abris, de l'habitat et des articles non alimentaires dans les situations de catastrophe

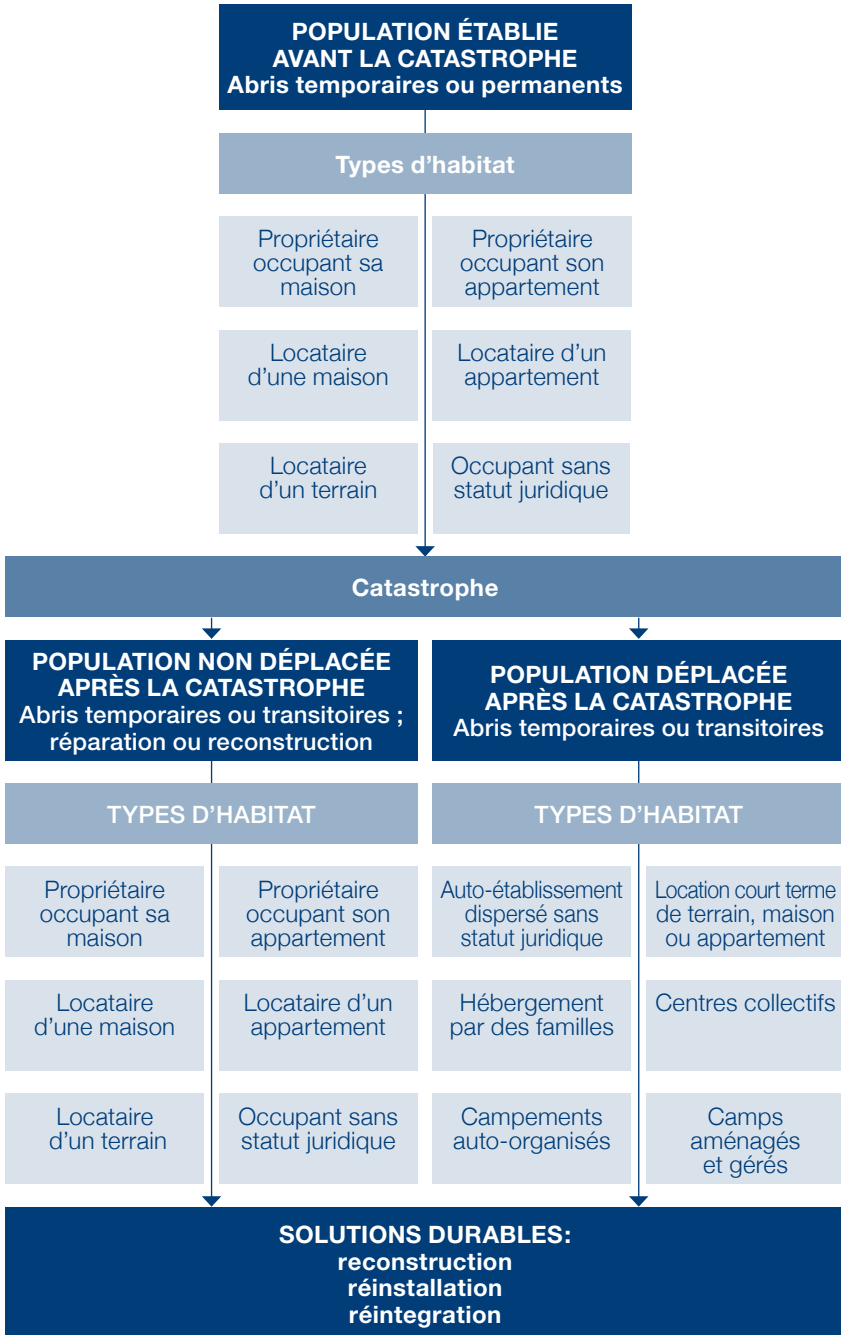
L'abri constitue un déterminant crucial de la survie durant les phases initiales d'une catastrophe. Au-delà de la survie, un abri est nécessaire pour assurer la sécurité des personnes, une protection contre les rigueurs du climat et une résistance accrue aux problèmes de santé et aux maladies. Il est aussi important pour la dignité humaine, pour le maintien de la vie familiale et communautaire, et pour permettre à la population touchée par une catastrophe de se relever des conséquences de la catastrophe. Les interventions effectuées dans le domaine des abris et dans les domaines connexes de l'habitat et des articles non alimentaires doivent appuyer les stratégies d'adaptation existantes et promouvoir l'autosuffisance et l'autogestion au sein de la population concernée. Il faut tirer le meilleur parti possible des compétences et des ressources locales, à condition que cela n'ait pas d'effets négatifs sur la population ni sur l'économie locale. Toutes les interventions de ce type, quelles qu'elles soient, doivent également tenir compte des risques de catastrophe connus et réduire au minimum leur impact négatif à long terme sur l'environnement, tout en optimisant les possibilités pour les communautés touchées de conserver ou de créer des activités de soutien à leurs moyens de subsistance.

Le confort thermique, la protection contre les rigueurs du climat, la sécurité et le respect de la dignité des personnes ne peuvent être garantis que si l'on répond à un ensemble de besoins exprimés par les personnes elles-mêmes, concernant la disponibilité d'espaces de vie couverts et leur emplacement. De même, la réponse à ces besoins passe par une combinaison appropriée de moyens permettant de préparer, cuire et consommer des aliments, de vêtements et de matériel de couchage, de zones couvertes ou d'abris adéquats, de moyens de chauffage et de ventilation le cas échéant, et d'accès aux services essentiels.

Les besoins en termes d'abris, d'habitat et d'articles non alimentaires de la population affectée sont déterminés par la nature et l'ampleur de la catastrophe ; il faut aussi voir dans quelle mesure cette population est déplacée. La réponse dépendra en outre de la capacité et du souhait des déplacés de retourner vers leur lieu d'origine et de s'engager dans le processus de relèvement. S'ils sont dans l'incapacité de rentrer chez eux ou ne le souhaitent pas, ils auront besoin d'abris ou de solutions d'habitat temporaires ou provisoires (voir la figure ci-après). C'est le contexte local qui guidera les décisions, notamment le caractère rural ou urbain de la zone touchée, les conditions climatiques et environnementales locales, la situation politique, la situation en matière de sécurité, et la capacité de la population de contribuer à la recherche d'une solution en la matière.



Options en termes d'abris et d'habitat, et scénarios d'intervention



Dans des conditions climatiques extrêmes, où l'abri est un facteur essentiel de survie, ou à la suite d'un déplacement de population, lorsque celle-ci n'est peut-être pas en mesure de construire des abris appropriés, il sera nécessaire de recourir à une solution qui puisse être mise en place rapidement, telle que des tentes ou équivalent, ou d'assurer un hébergement temporaire dans les bâtiments publics existants. Les personnes déplacées peuvent s'arranger pour être hébergées dans des familles d'accueil ou s'installer par familles individuelles ou par groupes de familles dans des établissements préexistants. On peut aussi devoir les héberger dans des camps aménagés et gérés ou dans des centres collectifs.

Autant que possible, on aidera la population affectée à réparer ou à adapter les logements existants ou à construire de nouvelles structures. Cette aide pourra consister à fournir des matériaux de construction appropriés, de l'outillage et des articles de quincaillerie, de l'argent liquide ou des bons d'achat, des conseils et une formation techniques, ou une combinaison de ces éléments. Un soutien ou une aide technique doivent être apportés aux personnes qui n'ont pas les capacités nécessaires ou les connaissances spécialisées pour entreprendre de telles activités. Il faut aussi tenir compte des droits et des besoins des personnes touchées indirectement par la catastrophe : c'est le cas des communautés avoisinantes qui hébergent des déplacés. Lorsque des bâtiments publics, en particulier les écoles, ont été utilisés comme lieux d'hébergement communautaire temporaire, la réinstallation – bien planifiée, bien gérée et sans risque – de la population qui en a bénéficié devra se faire le plus rapidement possible pour permettre la reprise des activités normales.

Les mesures déjà prises par la population concernée pour se procurer des abris temporaires ou permanents en ayant recours à ses propres capacités et ressources doivent guider toute intervention. En matière d'abris, les interventions doivent permettre aux gens d'améliorer progressivement leur situation et/ou de passer d'une solution d'hébergement d'urgence à une solution d'hébergement durable.

Il peut aussi s'avérer nécessaire de réparer les bâtiments publics endommagés et de mettre à disposition des structures temporaires pour les écoles, les centres de santé et les autres installations communautaires. Un abri pour des moyens de subsistance tels que le bétail peut, pour certaines populations, se révéler un complément essentiel à un abri pour la famille elle-même. Toute intervention tiendra compte des risques associés aux abris et à l'habitat existants, en termes d'emplacement, d'aménagement, de conception et de construction, notamment s'ils se sont aggravés suite à la catastrophe ou à l'impact des changements climatiques. Une bonne prise en compte des effets environnementaux des établissements humains et de la construction d'abris est un facteur capital qui permettra de limiter au mieux les conséquences à long terme d'une catastrophe.



La qualité des interventions relatives aux abris, à l'habitat et aux articles non alimentaires dépendra largement du degré de préparation. Cette préparation est la résultante des capacités, relations et connaissances qu'ont pu développer les gouvernements, les agences humanitaires, les organisations locales de la société civile, les communautés et les individus pour anticiper les situations et gérer efficacement l'impact des dangers probables, imminents ou actuels. Elle repose sur une analyse des risques et est étroitement liée aux systèmes d'alerte précoce.

Liens avec les autres chapitres

Nombre des standards figurant dans les autres chapitres concernent aussi le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des standards d'un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès effectués dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. Par exemple, un approvisionnement adéquat en eau et la mise à disposition d'installations d'assainissement compléteront utilement l'assistance à l'hébergement, pour que la santé et le respect de la dignité des personnes concernées soient assurés. De même, la mise en place d'abris convenables contribue à la santé et au bien-être des populations déplacées, tandis que les ustensiles nécessaires à la cuisson et à la consommation des aliments, ainsi que le combustible de cuisine, sont indispensables pour que l'aide alimentaire soit utilisée et que les besoins nutritionnels soient satisfaits. La coordination avec les autorités locales, les autres agences participant à l'intervention, les associations locales et les groupes représentatifs est, elle aussi, nécessaire pour que les besoins soient satisfaits, que les efforts déployés ne fassent pas double emploi, et que la qualité des interventions en matière d'abris, d'habitat et d'articles non alimentaires soit optimisée.

Liens avec les principes de protection et les standards essentiels

Pour réaliser les standards énoncés dans ce manuel, toutes les agences humanitaires doivent être guidées par les principes de protection, même si elles n'ont pas spécifiquement un mandat de protection ou ne sont pas spécialisées dans ce domaine. Les principes ne sont pas « absolus » : on sait que les circonstances peuvent limiter la mesure dans laquelle les agences parviennent à les appliquer. Ils sont néanmoins le reflet de préoccupations humanitaires universelles qui doivent guider l'action en tout temps.

La façon dont une intervention est conçue et mise en œuvre est cruciale pour son efficacité. Les standards essentiels couvrent l'intervention humanitaire centrée sur les personnes; la coordination et la collaboration; l'évaluation; la conception et l'intervention proprement dite; la performance, la transparence et l'apprentissage; et la performance des travailleurs humanitaires. Ils constituent un point de référence unique pour les modes d'action qui sous-tendent tous les autres standards du manuel. On ne peut donc atteindre les standards spécifiques de chaque chapitre technique sans appliquer en parallèle ces standards essentiels. C'est ainsi que, en particulier, pour qu'une intervention soit pertinente et de qualité, il faut faire participer le plus possible la population touchée par la catastrophe, notamment les groupes et les individus qui courent le plus de risques en cas de catastrophe.

Facteurs de vulnérabilité et capacités des populations touchées par une catastrophe

Cette section est conçue pour être utilisée en parallèle avec les standards essentiels et les renforcer.

Il est important de comprendre que le fait d'être jeune ou vieux, d'être une femme, une personne handicapée ou une personne vivant avec le VIH ne rend pas, en soi, la personne plus vulnérable ni ne l'expose à un risque accru. C'est plutôt la conjonction de plusieurs facteurs qui a cet effet. Ainsi, une personne de plus de 70 ans vivant seule et en mauvaise santé sera sans doute plus vulnérable qu'une personne du même âge dans le même état de santé mais vivant au sein d'une famille élargie et jouissant de revenus suffisants. De la même manière, une petite fille de 3 ans est beaucoup plus vulnérable si elle est non accompagnée que si elle pouvait bénéficier des soins de parents responsables.

Tandis que les standards et les actions clés relatifs aux abris, à l'habitat et aux articles non alimentaires sont mis en œuvre, une analyse des facteurs de vulnérabilité et des capacités permet de faire en sorte que les efforts déployés dans l'intervention aident, sans discrimination celles et ceux qui ont droit à une assistance et qui en ont le plus besoin. Ceci exige une bonne connaissance du contexte local et de la façon dont telle ou telle situation de crise a des conséquences différentes selon les groupes de personnes touchés, en raison de facteurs de vulnérabilité préexistants (par exemple leur extrême pauvreté ou une situation de discrimination), de leur exposition à diverses menaces pour leur sécurité (par exemple, actes de violence liés au sexe, dont l'exploitation sexuelle), de l'incidence et de la prévalence de diverses maladies (maladie à VIH ou tuberculose, notamment) et des risques d'épidémies (comme la rougeole ou le



choléra). Les catastrophes peuvent exacerber les inégalités préexistantes. En fait, il est essentiel de soutenir les stratégies d'adaptation, la résilience et la capacité de récupération de la population affectée. Il faut encourager ses connaissances, son savoir-faire et ses stratégies, et s'attacher à ce qu'elle ait accès à des services d'appui social, juridique, financier et psychosocial. Il faut en outre l'aider à surmonter les divers obstacles physiques, culturels, économiques et sociaux qui peuvent l'empêcher d'avoir un accès équitable à ces services.

Ci-après quelques mesures importantes visant à ce que les droits et les capacités de toutes les personnes vulnérables soient dûment pris en compte :

- ▶ optimiser la participation de sorte qu'elle englobe tous les groupes représentatifs, en particulier ceux qui sont les moins visibles (comme les personnes ayant des difficultés à communiquer ou à se déplacer, celles qui vivent en institution, les jeunes ostracisés et d'autres groupes sous-représentés, voire pas du tout représentés) ;
- ▶ ventiler les données par sexe et par âge (de 0 à 80 ans et au-delà) au cours de l'évaluation – élément important pour que le secteur concerné prenne bien en compte la diversité des populations ;
- ▶ veiller à ce que tous les membres de la communauté soient informés de leur droit de savoir à quoi ils ont droit, et ce de manière complète et accessible.

Les standards minimums

1. Abris et habitat

Les populations non déplacées qui ont été touchées par une catastrophe doivent recevoir une aide sur les lieux de leur habitat d'origine sous la forme d'abris familiaux temporaires ou transitoires, ou de moyens indispensables à la réparation ou à la construction d'abris appropriés. Les abris pour familles individuelles peuvent être temporaires ou permanents, en fonction de divers facteurs comme l'étendue de l'aide apportée, les droits d'utilisation du sol ou de propriété, la disponibilité de services essentiels et les possibilités existantes d'amélioration et d'agrandissement de l'abri. Les populations déplacées qui sont dans l'impossibilité de retourner sur les lieux de leur habitat d'origine préfèrent souvent rester avec d'autres membres de la famille ou avec des personnes avec lesquelles elles partagent des liens historiques, religieux ou autres, et il faut les aider à le faire. Quand ces établissements dispersés ne sont pas possibles, des zones d'établissement communautaires temporaires peuvent être proposées dans des camps aménagés ou des campements auto-organisés, qui s'ajouteront aux abris familiaux temporaires ou transitoires, ou dans des bâtiments publics suffisamment vastes utilisés comme centres communautaires.

Standard 1 sur les abris et l'habitat : planification stratégique

Les stratégies relatives aux abris et à l'habitat contribuent à assurer la sécurité, la santé et le bien-être des populations touchées par une catastrophe, déplacées ou non, et favorisent le relèvement et la reconstruction quand c'est possible.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Évaluer et analyser les besoins en termes d'abris et d'habitat, en consultation avec les autorités compétentes et la population affectée elle-même (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Préparer un plan d'intervention relatif aux abris et à l'habitat (notamment en ce qui concerne le relèvement précoce, quand c'est possible), en coordination avec les autorités compétentes, les agences participant à l'intervention humanitaire et la population touchée par la catastrophe (voir la note d'orientation 1).



- ▶ Accorder la priorité et apporter un soutien aux familles qui souhaitent rentrer dans leur logement d'origine ou retourner sur le site de ce logement, quand c'est possible (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Aider les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas retourner dans leur logement d'origine, afin qu'elles puissent être hébergées par d'autres ménages ou dans des zones d'établissement communautaires temporaires (voir les notes d'orientation 3 et 4).
- ▶ Assurer l'accès aux articles non alimentaires, aux solutions d'abri (tentes, abris à monter, etc.), aux matériaux de construction, à de l'argent liquide, à une assistance ou des informations techniques, ou à une combinaison de ces éléments selon les besoins (voir les notes d'orientation 5 et 6).
- ▶ Veiller à ce que les logements ou les établissements humains soient situés à bonne distance de toute menace réelle ou potentielle, et à ce que les risques dus à des dangers existants soient réduits au minimum (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Veiller à ce que les décombres résultant de la catastrophe soient enlevés de certains lieux importants, comme les sites des logements endommagés ou détruits, les zones d'établissement communautaires temporaires, les bâtiments publics essentiels et les routes d'accès (voir la note d'orientation 8).
- ▶ Planifier un accès sans risque aux services de l'eau et de l'assainissement, aux établissements médicaux, aux écoles et aux espaces de loisirs et de prière, ainsi qu'aux terrains, marchés ou services nécessaires à la poursuite ou au développement des activités de soutien aux moyens de subsistance (voir les notes d'orientation 9 et 10).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les solutions d'abri ou d'habitat visant à répondre aux besoins essentiels de toute la population touchée ont reçu l'assentiment de la population elle-même et des autorités compétentes, en coordination avec toutes les agences participantes (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Toutes les solutions d'abri et d'habitat temporaires sont sûres et adéquates, et le resteront jusqu'à ce que des solutions plus durables soient mises en place (voir les notes d'orientation 2 à 10).

Notes d'orientation

1. **Évaluation, consultation et coordination** : il est indispensable d'effectuer une évaluation initiale pour recenser les besoins en termes d'abris et d'habitat pour la population affectée, mesurer les risques consécutifs à la catastrophe, identifier les vulnérabilités et les capacités existantes, se rendre compte des

possibilités d'agir dans le sens du relèvement dès le début, et déterminer la nécessité de procéder à une évaluation plus détaillée – de l'impact sur l'environnement, notamment. Il faut impliquer dans cet exercice la population touchée par la catastrophe (et surtout les personnes vulnérables ayant des besoins particuliers), de même que les autorités compétentes. Les plans d'urgence existants doivent être utilisés pour orienter les activités humanitaires, en coordination avec les autorités compétentes, les agences, humanitaires ou autres, et la population affectée, à l'aide des mécanismes de coordination convenus. On planifiera les interventions en tenant compte des ressources disponibles, du contexte local (y compris les variations climatiques saisonnières), des questions de sécurité et de l'accès à des sites et des terrains existants ou nouveaux (voir les standards essentiels 1 à 5, pages 62 à 79, les standards 1 à 5 sur les articles non alimentaires, pages 310 à 318, et l'annexe 1 : Aide-mémoire pour l'évaluation des abris, de l'habitat et des articles non alimentaires).

2. **Retour** : la possibilité de retourner sur leur terre ou dans leur logement est une préoccupation majeure de la plupart des personnes touchées par une catastrophe. La réparation des logements ou l'amélioration des solutions d'abri, déterminées par les personnes elles-mêmes, facilitent les stratégies d'adaptation communautaires, préservent l'habitat existant et permettent d'utiliser les infrastructures en place (voir le standard essentiel 1, page 62). Le retour peut toutefois être retardé ou empêché ; il faut donc prévoir une période d'établissement temporaire ailleurs. Parmi les problèmes qui peuvent entraver le retour, on citera le fait que la catastrophe dure (par exemple, persistance des inondations, des glissements de terrain, ou des répliques s'il s'agit d'un tremblement de terre), les problèmes de sécurité (occupation des terres et nécessité de les faire restituer), la poursuite de conflits violents, les tensions ethniques ou religieuses, la crainte de persécutions ou l'existence de mines et de munitions non explosées. La reconstruction des écoles est elle aussi un facteur important qui permettra aux populations déplacées de rentrer chez elles. Le retour de familles ayant à leur tête une femme, de personnes ayant perdu leur conjoint ou d'enfants devenus orphelins dans la catastrophe, ou de personnes handicapées peut être contrarié par une législation foncière inadéquate ou discriminatoire, ou par des procédures traditionnelles. En outre, des personnes déplacées qui n'ont peut-être pas la capacité d'entreprendre des activités de reconstruction peuvent être découragées ou empêchées de retourner chez elles.
3. **Hébergement par des familles et des communautés** : les personnes déplacées qui ne sont pas en mesure de rentrer chez elles préfèrent souvent rester avec d'autres membres de leur famille ou avec des personnes avec lesquelles elles ont des liens historiques, religieux ou autres (voir



le standard essentiel 1, page 62). L'aide à l'accueil accordée dans ce cas peut consister en un appui à l'agrandissement ou à l'adaptation des abris ou des logements des familles hôtes, ce qui leur permettra d'accueillir les familles déplacées ; elle peut aussi consister à fournir un abri supplémentaire adjacent à celui de la famille hôte. Il faut bien évaluer les conséquences de l'augmentation de densité de la population qui en découlera, ainsi que l'augmentation de la demande en matière de services sociaux, d'infrastructures et de ressources naturelles, afin d'en atténuer l'impact.

4. **Zones d'établissement communautaires temporaires** : bien qu'ils ne doivent pas devenir la solution par défaut, des camps temporaires aménagés peuvent être mis en place pour héberger des populations touchées par une catastrophe qui ne peuvent pas ou ne veulent pas retourner dans leur habitat d'origine et pour lesquelles l'hébergement par d'autres familles n'est pas possible. Ce type de solution peut d'ailleurs être nécessaire dans les régions où les menaces qui pèsent sur la sécurité font courir des risques supplémentaires aux populations isolées ou quand l'accès aux services et ressources essentiels, comme l'eau, la nourriture et les matériaux de construction locaux, est limité. Des bâtiments existants transformés en centres d'hébergement collectif peuvent être un moyen rapide de protection temporaire contre les rigueurs du climat. Ces bâtiments devront éventuellement être adaptés ou améliorés, par exemple par la pose de cloisons, ou de rampes d'accès pour les personnes à mobilité réduite. Dans de nombreux pays, l'utilisation de bâtiments présélectionnés pour devenir des centres d'hébergement collectif est une réponse toute prête à certains types de catastrophe, assortie de responsabilités en matière de gestion et de prestation des services. Si les écoles soient souvent utilisées pour héberger des personnes touchées par une catastrophe, d'autres structures doivent être trouvées pour permettre la poursuite de la scolarisation. Lors de la planification de zones d'établissement communautaires temporaires, il ne faut pas perdre de vue les implications en termes de sécurité, de respect de l'intimité et de la dignité des occupants, et d'accès aux services essentiels. Il faut s'assurer que ces zones ne deviennent pas à leur tour la cible d'attaques, qu'elles ne constituent pas une menace pour la sécurité de la population environnante et qu'elles n'entraînent pas une exploitation nocive de l'environnement.
5. **Types d'assistance aux abris** : il faudra peut-être combiner différents types d'aide pour répondre aux besoins des populations touchées par une catastrophe. L'assistance de base couvrira, entre autres, les articles personnels comme les vêtements et le matériel de couchage, ou les articles ménagers généraux comme les fourneaux et le combustible. En outre, on peut fournir des tentes, des bâches en plastique et des boîtes à outils, des matériaux de construction et des abris temporaires ou transitoires faits

de matériaux qui pourront être réutilisés pour construire des abris plus permanents. Il peut aussi être nécessaire de faire appel à de la main-d'œuvre ou à des spécialistes, sur une base volontaire ou contractuelle, ainsi qu'à des conseils sur les techniques de construction appropriées. On peut envisager d'avoir recours à des transferts d'argent ou de bons d'achat pour encourager l'utilisation des chaînes d'approvisionnement et ressources locales, à condition que l'économie locale fonctionne. L'argent peut aussi être utilisé pour payer la location de logements. Les informations et conseils diffusés par le biais de campagnes publiques ou de centres locaux sur la manière d'avoir accès à ces allocations, à des matériaux et aux autres formes d'aide en matière d'abris peuvent utilement compléter l'assistance fournie sous forme de marchandises.

6. **Abris transitoires** : la fourniture d'abris transitoires, qui est une manière de procéder plutôt qu'une phase d'intervention à proprement parler, répond au fait que l'installation d'abris après une catastrophe est généralement entreprise par la population elle-même, et que cette autogestion doit être soutenue (voir le standard essentiel 1, page 62). Les solutions d'abri post-catastrophe qui peuvent être réutilisées totalement ou en partie dans des structures plus permanentes ou être déplacées des sites temporaires vers des sites permanents, peuvent aider les communautés lors d'une phase de transition vers des abris plus durables. Pour les personnes non déplacées, restées sur le site de leur logement d'origine, les abris transitoires peuvent représenter un module de base qui sera amélioré, agrandi ou remplacé au fil du temps en fonction des ressources. Pour celles qui sont déplacées, ils peuvent constituer un abri approprié qui pourra être démonté et réutilisé lorsqu'elles seront en mesure de retourner dans leur lieu d'origine ou de s'établir dans un lieu nouveau. Ce type d'abri peut également être fourni aux personnes accueillies par d'autres familles qui ont de la place pour ériger un abri adjacent à leur propre habitation. Toutes ces structures peuvent ensuite être démontées et réutilisées lorsque les personnes touchées par la catastrophe sont en mesure de retourner là où elles habitaient avant que celle-ci n'ait frappé, ou d'aller ailleurs.
7. **Évaluation des risques, de la vulnérabilité et du danger** : il faut effectuer régulièrement une évaluation complète des risques et de la vulnérabilité (voir le standard essentiel 3, page 69). Les menaces réelles ou potentielles pour la sécurité ainsi que les risques et vulnérabilités particuliers associés à l'âge, au sexe, au handicap, au statut social ou économique, la dépendance de la population affectée par rapport aux ressources du milieu naturel, et les relations entre cette population et les communautés d'accueil sont autant de points qu'il faut prendre en compte dans cette évaluation (voir le principe de protection 3, page 43). Les risques que présentent les événements naturels



comme les tremblements de terre, l'activité volcanique, les glissements de terrain, les inondations ou les tempêtes doivent entrer en ligne de compte lors de la planification des solutions d'abri et d'habitat. Les lieux d'établissement ne doivent pas être propices aux maladies ni aux contaminations, ni présenter de risques importants liés aux vecteurs. Des matières ou des produits potentiellement dangereux peuvent être déposés ou exposés à la suite de catastrophes naturelles comme les tremblements de terre, les inondations et les typhons. On peut trouver des mines ou des munitions non explosées, en raison de conflits armés passés ou en cours. La stabilité des structures des bâtiments dans les zones d'habitation touchées par une catastrophe doit faire l'objet d'une évaluation par des spécialistes techniques. Pour les centres communautaires, il faut évaluer la capacité des structures des bâtiments existants à supporter plus de charge, en étant attentifs à un risque accru de rupture de certains éléments comme les planchers, les cloisons internes, les toitures, etc.

8. **Évacuation des décombres** : l'évacuation des décombres à la suite d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit est une action prioritaire qui permettra d'installer des abris ou d'autres solutions d'habitat appropriées. Des plans de gestion des décombres doivent être mis en place immédiatement après la catastrophe, afin que ces décombres puissent être recyclés ou triés en vue de séparation, collecte et/ou traitement (voir le standard 5 sur les abris et l'habitat, page 306). Les préoccupations principales concernent notamment la présence de dépouilles mortelles, qui doivent être identifiées et traitées de manière appropriée, la récupération des objets personnels, le repérage d'emplacements structurellement dangereux et de matières dangereuses, et la question de savoir à qui appartiennent les matériaux récupérables qui peuvent être réutilisés ou vendus. L'évacuation des décombres peut être l'occasion de mettre en place un programme travail contre rémunération, et nécessiter le recours à des équipements lourds et à des experts compétents. Il ne faut pas perdre de vue les questions relatives à l'utilisation, la gestion, la propriété et l'impact environnemental des sites de décharge.
9. **Écoles, établissements médicaux et infrastructures communautaires** : il faut assurer l'accès aux services essentiels, notamment écoles, établissements médicaux, espaces de jeu sans risque et lieux de réunion communautaires. On utilisera les infrastructures de services existantes, remises en état si nécessaire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant des installations ou des services temporaires supplémentaires. Lorsque la construction ou la réparation de bâtiments publics dépendent de l'élaboration de nouveaux plans d'aménagement ou de dispositifs réglementaires, des structures temporaires peuvent s'avérer nécessaires pour mettre les services à disposition immédiatement ou à court terme. Toutes les structures

temporaires ou permanentes qui assureront la continuité des services doivent répondre aux normes en vigueur (voir le standard 1 sur le programme WASH, page 101, le standard 1 sur les systèmes de santé, page 339, et les Normes minimales de l'INEE pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement).

- 10. Soutien aux moyens de subsistance** : les critères d'établissement de populations touchées par une catastrophe doivent s'inspirer des activités économiques de ces populations avant la catastrophe et des opportunités qui s'offrent dans le contexte post-catastrophe (voir les standards 1 et 2 sur l'évaluation de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle, pages 172 et 176, et le standard essentiel 1, page 62). Il faut prendre en compte la disponibilité de terres et leur accessibilité pour la culture et la pâture, ainsi que l'accès aux marchés et aux services locaux pour les activités économiques particulières.

Standard 2 sur les abris et l'habitat : planification des établissements humains

La planification des retours, des hébergements d'accueil ou des zones d'établissement communautaires temporaires permet à la population touchée par une catastrophe d'utiliser logements et services essentiels en toute sécurité.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Identifier et utiliser les processus de planification existants quand c'est possible, en s'inspirant des bonnes pratiques adoptées et en réduisant au minimum les risques et les facteurs de vulnérabilité liés aux établissements humains (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Étudier la législation relative au logement, à la propriété foncière et aux droits d'utilisation pour les bâtiments et les zones d'établissement (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Veiller à assurer la sécurité de l'accès à tous les abris et zones d'établissement ainsi qu'aux services essentiels (voir les notes d'orientation 3 et 4).
- ▶ Utiliser le type d'habitat existant et les caractéristiques topographiques du lieu pour réduire au minimum les effets indésirables sur l'environnement (voir la note d'orientation 5).



- ▶ Faire participer la population concernée à la planification des zones d'établissement communautaires temporaires, par groupes familiaux, quartiers ou villages selon le cas (voir la note d'orientation 6).
- ▶ S'assurer de disposer d'une superficie suffisante et de l'existence de coupe-feu adéquats dans les camps temporaires, aménagés ou auto-organisés (voir les notes d'orientation 7 et 8).
- ▶ Réduire au minimum les risques liés aux vecteurs de maladies (voir la note d'orientation 9).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Dans le cadre d'un processus de planification par consensus, toutes les populations recevant une aide en matière d'abris ont été consultées sur l'emplacement de leur abri ou espace couvert et sur l'accès aux services essentiels (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Tous les plans relatifs aux établissements humains montrent que les risques et les facteurs de vulnérabilité découlant de l'utilisation des abris, des espaces couverts et des services essentiels ont bien été pris en compte et limités au maximum (voir les notes d'orientation 2 à 9).

Notes d'orientation

1. **Processus de planification** : il faut respecter les pratiques de planification locales et s'adapter au type de catastrophe ou de crise, aux dangers qui en découlent et à l'impact sur la population affectée. Il convient de prendre des mesures appropriées pour réduire au minimum les risques et les facteurs de vulnérabilité associés à l'installation de cette population. Il faut aussi respecter les réglementations en vigueur pour la planification, lorsque les autorités compétentes l'exigent et quand cela n'entrave pas l'action humanitaire qui doit répondre aux besoins urgents en matière d'abris et d'habitat. Enfin, on tiendra compte des implications à long terme des décisions de planification, plus particulièrement en ce qui concerne les sites d'implantation des établissements communautaires temporaires.
2. **Logement, propriété – dont propriété foncière – droits et usage** : tant pour les populations non déplacées que pour les populations déplacées, il faut identifier les propriétaires des terrains, des logements et d'autres bâtiments, et les titulaires de droits d'usage formels ou coutumiers. Ces questions suscitent souvent des controverses, surtout si des archives n'ont pas été conservées ou si un conflit a amené des changements de propriété. Les logements ou bâtiments à usage collectif ou mixte induiront des droits de propriété ou d'occupation communs ou partagés. Il faut rechercher les droits fonciers ou autres droits de propriété des personnes

vulnérables, et apporter le soutien nécessaire à celles-ci, en particulier aux femmes, aux personnes ayant perdu leur conjoint et aux enfants devenus orphelins dans la catastrophe, aux personnes handicapées, aux locataires, aux titulaires de droits sociaux d'occupation, et aux occupants informels. Il faut établir clairement les droits formels, informels ou admis de propriété ou de transmission, surtout si le détenteur des droits et des titres est décédé ou a été déplacé suite à la catastrophe. L'octroi à un certain nombre de ménages d'un titre collectif d'occupation ou d'un titre similaire dans des cas où aucun droit formel n'existait avant la catastrophe peut contribuer à la reconnaissance progressive d'un tel droit. L'attribution d'une assistance en matière d'abris peut aussi être comprise comme légitimant des prétentions à un titre de propriété et instrumentalisée en ce sens, ce qui peut gêner ou empêcher l'action humanitaire. L'utilisation de certains terrains pour y installer des zones d'établissement communautaires temporaires ne doit pas faire perdre de vue les droits d'usage existants des terrains ou des ressources naturelles par les communautés d'accueil ou voisines (voir le standard 5 sur les abris et l'habitat, page 306).

3. **Services et installations essentiels** : les personnes qui retournent sur le lieu de leur habitat d'origine et y sont accueillies ou logées dans des zones d'établissement communautaires temporaires doivent pouvoir disposer d'un accès sûr et équitable aux services essentiels. Il peut s'agir d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de combustible pour la cuisine ou d'un accès à des cuisines communautaires, de soins de santé, de moyens d'élimination des déchets solides, d'écoles, de services sociaux, de lieux de culte, de lieux de réunion, de zones récréatives, y compris d'espaces de jeu pour les enfants, et de lieux de parage du bétail (en veillant à ce que les bêtes soient bien séparées des zones de logement). Il faut aussi prévoir un espace suffisant pour des funérailles et des rites funéraires conformes à la culture locale. Les installations existantes, remises en état si nécessaire, doivent être utilisées autant que possible, à condition que cela n'ait pas d'effets indésirables sur les communautés d'accueil ou voisines. Des installations ou des points d'accès supplémentaires doivent être prévus pour répondre aux besoins de la population cible, et plus particulièrement des personnes vulnérables. La structure sociale de la population affectée et les rôles qui y sont attribués respectivement aux hommes et aux femmes, ainsi que les besoins des groupes vulnérables, doivent se refléter dans la fourniture de services. On veillera par exemple à ce que ces services soient situés à une distance de marche raisonnable pour les personnes à mobilité réduite, et on prévoira des espaces réservés à l'allaitement maternel dans les zones d'établissement communautaires temporaires. Il faut également assurer un accès facile aux installations pour les personnes âgées, les personnes présentant des handicaps physiques et celles qui doivent s'y rendre



fréquemment. Si nécessaire, il faut en outre prévoir, dans les établissements communautaires temporaires, des bureaux pour l'administration, des entrepôts et des logements pour le personnel ainsi que des zones de mise en quarantaine (voir le standard 1 sur le programme WASH, page 101, et le standard 1 sur les systèmes de santé, page 339).

4. **Accès** : l'accès à la zone d'établissement, l'état de l'infrastructure routière locale et la proximité de pôles de débarquement pour la livraison des secours doivent être pris en compte, de même que les variations climatiques saisonnières, et les dangers et autres risques pour la sécurité. Pour ce qui est des zones d'établissement communautaires temporaires, le site lui-même ainsi que les points de stockage primaire et de distribution des aliments doivent être accessibles aux poids lourds via une route praticable par tous les temps. D'autres installations doivent être accessibles à des véhicules légers. Les routes et chemins à l'intérieur même de la zone d'établissement doivent permettre d'accéder à chaque logement par tous les temps et en toute sécurité. Il en est de même avec les installations communautaires, notamment les écoles et les établissements médicaux. Un éclairage artificiel doit être installé si nécessaire. Dans les zones d'établissement communautaires temporaires ou les centres collectifs, les voies d'accès et d'évacuation doivent être exemptes de zones isolées dissimulées à la vue qui pourraient constituer une menace pour la sécurité personnelle des utilisateurs. Les escaliers ou les dénivellations doivent être évités à proximité des issues des centres collectifs. Il faut prévoir une main courante pour tous les escaliers et les rampes d'accès. Pour les occupants à mobilité réduite, il faut prévoir un espace au rez-de-chaussée, proche d'issues ou sur une voie d'accès et sans dénivellation. Les occupants de bâtiments utilisés comme centres collectifs doivent être à une distance raisonnable d'au moins deux issues, ce qui offre une alternative en cas de danger. Ces issues doivent être clairement signalées.
5. **Choix du site et drainage** : le drainage des eaux de surface et les risques de constitution de mares ou d'inondation doivent être étudiés au moment de choisir le site et de planifier les zones d'établissement communautaires temporaires. Le dénivelé sur le site ne doit pas excéder 5%, à moins que l'on ne prenne d'importantes mesures de drainage et de lutte contre l'érosion du sol. Il ne doit pas non plus être inférieur à 1% pour assurer un bon drainage. Des canaux de drainage peuvent cependant rester nécessaires pour réduire le risque d'inondation ou de formation de mares. Le point le plus bas du site ne doit pas se situer à moins de trois mètres au-dessus du niveau hydrostatique maximum estimé. L'état du sol doit permettre de creuser des fosses pour les toilettes et guider le choix de l'emplacement des toilettes et autres installations (voir les standards 1 et 2 sur l'évacuation des excréments, pages 120 et 122, et le standard 1 sur le drainage, page 139).

- 6. Planification du site pour les zones d'établissement communautaires temporaires :** l'attribution de l'espace dans les centres collectifs et des parcelles familiales dans les camps aménagés temporaires doit être guidée par les habitudes sociales acquises et une utilisation partagée des ressources, notamment les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la cuisine communautaire, la distribution de nourriture, etc. La planification par quartier (voisinage) devrait favoriser les réseaux sociaux déjà constitués, contribuer à la sécurité et permettre l'autogestion par la population concernée. Le plan de masse d'un camp aménagé temporaire doit préserver l'intimité et la dignité de chaque ménage, en veillant à ce que chaque abri s'ouvre sur un espace commun ou sur une zone à usage réservé à la famille occupante et protégée des regards, plutôt que juste en face de l'entrée d'un autre abri. Des espaces de vie sûrs et intégrés pour les communautés déplacées comptant un nombre important d'adultes isolés ou d'enfants non accompagnés doivent également être prévus. En cas d'habitat dispersé, les principes régissant la planification par quartier s'appliquent aussi ; par exemple des groupes de ménages retournent dans une zone géographique définie ou trouvent des familles d'accueil vivant tout près les unes des autres (voir le principe de protection 1, page 38).
- 7. Superficie des camps aménagés temporaires ou des campements auto-organisés :** pour les établissements humains du type camp, il faut prévoir une surface utilisable minimum de 45 m² par personne, parcelle familiale comprise. La zone doit être suffisamment étendue pour qu'on puisse y aménager des routes et des chemins, des espaces de cuisine familiale extérieurs ou des espaces de cuisine communautaires, des établissements scolaires et des aires de loisirs, des installations d'assainissement, des coupe-feu, des services administratifs, des installations de stockage d'eau, des aires de distribution, des marchés, des espaces de stockage et de petits jardins potagers pour chaque ménage. Lorsque les services communautaires peuvent être assurés au moyen d'installations existantes ou supplémentaires se trouvant en dehors de la nouvelle zone d'établissement, la superficie minimum utilisable devra être de 30 m² par personne. Le plan de masse doit aussi tenir compte des changements démographiques. Si la superficie minimum n'est pas disponible, il faudra atténuer les conséquences de la surpopulation, par exemple en prévoyant des séparations adéquates qui protégeront la vie privée de chaque ménage, un espace suffisant pour les installations nécessaires, etc.
- 8. Sécurité incendie :** on évaluera les risques d'incendie avant de planifier le site d'implantation d'établissements communautaires temporaires et le groupement d'abris familiaux individuels. Parmi les mesures de précaution, prévoir des coupe-feu de 30 mètres tous les 300 mètres de zone construite, et un minimum de deux mètres (mais de préférence deux fois la hauteur



hors tout de chaque construction) entre les bâtiments ou les abris, afin qu'un bâtiment qui s'écroule ne touche pas les bâtiments voisins. Les habitudes en matière de cuisson des aliments et l'utilisation de fourneaux ou de chauffages doivent elles aussi être prises en compte pour l'aménagement général du site et une séparation judicieuse des abris (voir le standard 4 sur les articles non alimentaires, page 316).

9. **Risques vectoriels** : les basses terres, les décombres dus à la catastrophe, les bâtiments inoccupés et les excavations, comme celles qui résultent d'une utilisation de la terre locale pour la construction, peuvent devenir des lieux de reproduction pour des animaux nuisibles, qui constituent un risque pour la santé des populations avoisinantes. Pour les zones d'établissement communautaires temporaires, choix approprié du site et mesures de limitation du risque vectoriel sont essentiels si l'on veut réduire l'impact des maladies transmises par les vecteurs sur les populations concernées (voir les standards 1 à 3 sur la lutte antivectorielle, pages 128 à 133).

Standard 3 sur les abris et l'habitat : espaces de vie couverts

La population touchée par une catastrophe dispose d'espaces de vie couverts suffisants pour garantir le confort thermique, une bonne aération et une protection contre les rigueurs du climat, et pour assurer le respect de l'intimité, la sécurité et la santé, tout en permettant l'exercice des activités essentielles à la vie familiale et des activités de subsistance.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Veiller à ce que chaque famille touchée par la catastrophe dispose d'un espace de vie couvert suffisant (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Faire en sorte qu'il y ait les séparations nécessaires pour la sécurité et le respect de l'intimité entre les personnes des deux sexes, entre les différents groupes d'âge et entre les différentes familles au sein d'un même ménage, si nécessaire (voir la note d'orientation 3).
- ▶ S'assurer que les activités essentielles des familles et celles consacrées aux activités de subsistance peuvent être entreprises dans l'espace de vie couvert ou une zone adjacente (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Promouvoir le recours à des solutions d'abri et à des matériaux familiers à la population affectée et, quand c'est possible, culturellement et socialement acceptables, et écologiquement viables (voir les notes d'orientation 5 et 6).

- ▶ Prendre en compte les conditions climatiques particulières de chaque saison afin de garantir un confort thermique optimum, une bonne aération et une bonne protection (voir les notes d'orientation 7 à 10).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Toutes les personnes touchées par la catastrophe disposent initialement d'une superficie couverte minimum de 3,5 m² par personne (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Toutes les solutions d'abri et tous les matériaux correspondent aux normes techniques et de performance reconnues et sont culturellement acceptables (voir les notes d'orientation 3 à 10).

Notes d'orientation

1. **Climat et contexte** : dans les climats froids, les activités familiales se déroulent généralement dans l'espace couvert, et les personnes touchées par une catastrophe peuvent passer un temps important à l'intérieur pour bénéficier d'un confort thermique adéquat. Dans les villes, elles se déroulent presque toujours dans l'espace couvert, car il n'y a généralement pas beaucoup d'espace extérieur adjacent à utiliser. Il faudra donc souvent accorder une superficie couverte de plus de 3,5 m² par personne pour répondre à ces besoins. La hauteur sous plafond est, elle aussi, un facteur à prendre en compte, une plus grande hauteur étant préférable sous des climats chauds et humides pour permettre une bonne circulation de l'air, et une moins grande sous les climats froids pour réduire le volume intérieur à chauffer. La hauteur sous plafond dans les logements doit être d'au moins deux mètres au point le plus haut. Sous des climats chauds, un espace extérieur ombragé adjacent peut être utilisé pour la préparation et la cuisson des aliments. Les solutions d'abri doivent s'adapter à toute une série de variations climatiques allant de nuits et d'hivers froids à des journées et des étés chauds. S'il est impossible de fournir tous les matériaux pour construire des abris complets, il faut accorder la priorité aux matériaux de toiture, qui garantiront un minimum d'espace couvert. Il est probable que cette formule n'assurera sans doute pas la protection nécessaire contre le climat, pas plus qu'elle n'assurera la sécurité, l'intimité et le respect de la dignité. Il faut donc répondre à ces besoins dès que possible (voir la note d'orientation 2).
2. **Durée** : immédiatement après une catastrophe, surtout si les conditions climatiques sont extrêmes et qu'il est difficile de se procurer les matériaux pour construire les abris, un espace couvert de moins de 3,5 m² par personne peut suffire pour sauver des vies et constituer un abri adéquat à court terme. Si c'est le cas, il faudra agrandir cet espace jusqu'à 3,5 m² par personne le plus rapidement possible pour réduire au minimum les effets nocifs sur la



santé et le bien-être des personnes ainsi hébergées. Si l'on n'arrive pas à assurer 3,5 m² par personne, ou si cet espace est supérieur à la superficie dont dispose habituellement la population touchée par la catastrophe ou la population avoisinante, il faut étudier l'impact d'un espace couvert de plus petites dimensions en termes de respect de la dignité, de la santé et de l'intimité. Toute décision qui viserait à accorder moins de 3,5 m² par personne doit être signalée, ainsi que les mesures qui sont prises pour en atténuer les effets négatifs sur la population touchée. Des abris temporaires ou transitoires pourront s'avérer nécessaires pour une période plus longue, comportant des variations climatiques saisonnières et pouvant durer éventuellement plusieurs années. Les plans d'intervention convenus avec les autorités locales ou d'autres acteurs devront veiller à ce que les abris temporaires ou transitoires ne deviennent pas des logements permanents par défaut.

3. **Pratiques culturelles, sécurité et intimité :** pour décider en connaissance de cause des surfaces couvertes à aménager, il faut tenir compte des habitudes locales concernant l'utilisation de ces espaces couverts, par exemple pour dormir ou pour héberger des membres de la famille élargie. Les consultations à cet égard ne doivent pas oublier les membres des groupes vulnérables, ainsi que les personnes qui s'occupent d'eux. On fournira les moyens d'organiser des subdivisions à l'intérieur des abris familiaux individuels. Dans les logements collectifs, le regroupement de familles apparentées, une bonne planification des accès dans tout l'espace couvert, et des matériaux destinés à faire écran entre les espaces personnels et les espaces familiaux peuvent s'avérer très utiles pour garantir le respect de l'intimité et de la sécurité. La plus grande importance doit être accordée aux avantages psychosociaux de la mise à disposition d'un espace adéquat et du respect de l'intimité, ainsi qu'à une réduction autant que possible de la surpopulation, tant pour les abris familiaux individuels que pour les hébergements collectifs temporaires (voir le principe de protection 1, page 38).
4. **Activités ménagères et de subsistance :** les espaces couverts doivent offrir suffisamment de place pour les activités suivantes : dormir, faire sa toilette et s'habiller ; soigner les nourrissons, les enfants, les malades ou les personnes handicapées ; stocker la nourriture, l'eau, les biens personnels et d'autres biens de première nécessité ; cuisiner et manger à l'intérieur, quand c'est nécessaire ; et se réunir couramment en famille. Leur planification, en particulier l'emplacement des ouvertures et des cloisons, doit tirer le meilleur parti de l'espace intérieur et de toute zone extérieure adjacente.
5. **Solutions d'abri, matériaux et construction :** diverses solutions d'abri comme les tentes familiales, les abris à monter, les lots de matériaux ou les bâtiments préfabriqués doivent être fournies lorsque des solutions locales

ne sont pas disponibles immédiatement, sont inadéquates, ou lorsque le milieu naturel local ne peut en assurer la viabilité. Lorsque des bâches plastiques renforcées sont fournies comme solution d'urgence, il faut aussi fournir des cordes, de l'outillage, de la quincaillerie et d'autres accessoires, comme des piquets en bois et des cadres en matériaux locaux. Tous ces matériaux doivent répondre aux spécifications et aux normes nationales et internationales, et être acceptables aux yeux de la population concernée. Si une partie seulement des matériaux pour des abris de fortune est mise à disposition (les bâches en plastique, par exemple), il faut évaluer et atténuer tout impact négatif potentiel sur l'économie locale ou sur l'environnement de l'acquisition des autres matériaux nécessaires (comme les piquets en bois dont on fait les cadres). Les spécifications des matériaux et le choix des techniques à utiliser dépendront également de l'aptitude technique et financière de la population touchée par la catastrophe à entretenir et réparer les abris (voir le standard 5 sur les articles non alimentaires, page 318). Un suivi régulier permettra de veiller à ce que les solutions mises en œuvre restent adéquates au fil du temps.

6. **Participation à la conception** : tous les membres des ménages touchés doivent participer, dans la mesure du possible, à la définition du type d'aide qu'ils doivent recevoir en matière d'abri. Il faut accorder la priorité aux opinions des personnes ou des groupes censés passer le plus de temps dans ces espaces de vie couverts ou aux groupes qui ont besoin de facilités d'accès particulières. On s'inspirera pour cela du type d'habitat existant. Il faut aussi sensibiliser les ménages aux avantages et aux désavantages de types de construction et de matériaux « modernes » auxquels ils ne seraient pas habitués, qui pourraient être perçus comme une amélioration du statut social des bénéficiaires (voir le standard essentiel 1, page 62).
7. **Sous les climats chauds et humides** : les abris doivent être orientés et conçus pour assurer la meilleure ventilation possible et réduire l'exposition directe aux rayons du soleil. Le toit doit avoir une pente raisonnable pour l'écoulement des eaux de pluie et être pourvu d'auvents de bonnes dimensions, sauf dans les régions exposées à des vents violents. Les abris doivent être construits en matériaux légers, dans la mesure où une faible capacité thermique est nécessaire. Un système adéquat d'écoulement des eaux de surface doit être prévu tout autour de l'abri, de même que des planchers surélevés pour réduire le risque d'un écoulement d'eau à l'intérieur de la zone couverte.
8. **Sous les climats chauds et secs** : la construction doit être en dur pour offrir une bonne capacité thermique, qui permettra aux variations de température entre la nuit et le jour de rafraîchir ou de chauffer l'intérieur, ou en matériaux plus légers mais dotée d'une isolation adéquate. Lors de la construction de bâtiments en dur, il faut faire attention, dès la conception, aux risques



sismiques dans la région. Si l'on ne dispose que de bâches en plastique ou de tentes, il faut prévoir un toit à double couche avec ventilation intermédiaire pour limiter l'élévation de la température par radiation. En orientant la porte et les fenêtres dans la direction opposée à celle des vents dominants, on pourra réduire l'échauffement dû aux vents chauds et à la réverbération de la chaleur sur le sol environnant. Le tapis de sol devra s'étendre jusqu'aux parois sans laisser d'interstices afin de réduire la pénétration de la poussière et des vecteurs.

9. **Sous les climats froids** : les abris qui seront occupés toute la journée doivent être construits en matériaux durs à haute capacité thermique. Les constructions en matériaux légers à faible capacité thermique et dotées d'une isolation importante conviennent mieux pour les abris qui ne sont occupés que la nuit. On limitera les courants d'air, en particulier aux portes et aux fenêtres, pour garantir un bon confort personnel tout en assurant une ventilation adéquate pour les chauffages et les fourneaux de cuisine. Ces équipements sont essentiels et doivent être bien adaptés à l'abri. Il faut évaluer les risques d'incendie qui peuvent en résulter et prendre des mesures pour les limiter (voir le standard 4 sur les articles non alimentaires, page 316). Un système de drainage des eaux de surface doit être prévu autour de l'abri, et les planchers doivent être surélevés pour réduire l'écoulement d'eau de pluie ou de fonte de neige à l'intérieur de la zone couverte. La perte de chaleur par le sol doit être réduite au minimum par l'isolation du sol et l'utilisation de nattes, ou de matelas isolants, ou de lits surélevés (voir le standard 2 sur les articles non alimentaires, page 313).
10. **Ventilation et lutte antivectérielle** : une bonne ventilation doit être assurée dans les abris pour ménages individuels et dans les bâtiments publics comme les écoles et les établissements médicaux, afin d'entretenir un environnement sain à l'intérieur des bâtiments, de réduire au minimum les effets de la fumée des fourneaux installés à l'intérieur, ainsi que les infections respiratoires et les problèmes oculaires qui peuvent en résulter, et de limiter aussi le risque de transmission de maladies comme la tuberculose par diffusion de microgouttelettes infectées. Les mesures de lutte antivectérielle doivent s'inspirer des habitudes locales en matière de construction, des types d'abri utilisés par les personnes déplacées et du choix des matériaux (voir le standard 1 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, page 358, et les standards 1 à 3 sur la lutte antivectérielle, pages 128 à 133).

Standard 4 sur les abris et l'habitat : construction

Selon les besoins, on a recours aux techniques, à l'expertise, aux capacités et aux matériaux locaux pour réaliser des constructions sûres, en associant au maximum la population concernée et en maximisant les possibilités locales en termes de moyens de subsistance.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Impliquer la population concernée, les professionnels locaux de la construction et les autorités compétentes pour décider des pratiques, matériaux et compétences qui assureront une construction sans risque et maximiseront les possibilités locales en termes de moyens de subsistance (voir les notes d'orientation 1 à 3).
- ▶ Assurer l'accès à des moyens et des ressources supplémentaires pour les personnes touchées par la catastrophe qui n'ont ni la capacité, ni les moyens, ni la possibilité d'entreprendre des activités de construction (voir les notes d'orientation 1 à 3).
- ▶ Réduire au minimum les risques structurels et les facteurs de vulnérabilité en appliquant des spécifications appropriées pour la construction et les matériaux à utiliser (voir les notes d'orientation 4 et 5).
- ▶ Se conformer aux standards agréés pour les matériaux utilisés et la qualité du travail (voir les notes d'orientation 5 et 6).
- ▶ Gérer la fourniture des matériaux, la main-d'œuvre, l'assistance technique et les permis réglementaires en appliquant les procédures appropriées pour les appels d'offres, les achats et l'administration des constructions (voir la note d'orientation 7).
- ▶ Faire en sorte que chaque ménage puisse entretenir et améliorer son abri à l'aide d'outils et de ressources disponibles localement (voir la note d'orientation 8).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Toutes les constructions sont réalisées conformément aux pratiques et aux standards agréés pour des constructions sûres (voir les notes d'orientation 2 à 7).
- ▶ Toutes les activités de construction témoignent de la participation de la population concernée et des mesures prises pour maximiser les possibilités locales en termes de moyens de subsistance (voir les notes d'orientation 1, 2 et 8).



Notes d'orientation

1. **Participation des populations touchées par une catastrophe** : la participation des populations touchées par une catastrophe aux activités relatives aux abris et à l'habitat doit être guidée par les pratiques existantes régissant la planification, la construction et l'entretien des logements et des zones d'établissement. Les programmes de formation professionnelle et d'apprentissage peuvent maximiser les opportunités de participer à la construction, en particulier pour les personnes qui n'ont pas de savoir-faire ni d'expérience dans ce domaine. Les femmes de tous les âges doivent être encouragées à participer à ces activités, ainsi qu'à la formation. Les personnes qui sont le moins en mesure d'entreprendre des travaux physiques ou des tâches demandant une compétence technique spécialisée peuvent aussi participer en assurant la surveillance du site et le contrôle des inventaires, en s'occupant de la garde des enfants, en logeant temporairement chez elles les personnes engagées dans les travaux de construction et en leur préparant à manger, ou en aidant à l'administration. On tiendra compte des autres obligations en temps et en travail que la population affectée doit assumer. L'assistance d'équipes de main-d'œuvre communautaires ou de main-d'œuvre contractuelle peut compléter la participation des ménages. Ce type d'assistance est essentiel pour aider les foyers ayant à leur tête une femme, dans la mesure où les femmes sont particulièrement exposées à l'exploitation sexuelle lorsqu'elles cherchent de l'aide pour la construction de leur abri (voir le standard essentiel 1, page 62, le principe de protection 2, page 41, et le standard 5 sur les articles non alimentaires, page 318). Les personnes à mobilité réduite, les personnes âgées et les autres personnes qui ne sont pas en mesure de participer activement au travail de construction peuvent aussi avoir besoin d'assistance.
2. **Expertise technique et expérience** : des compétences techniques appropriées en matière de conception, de construction et de gestion doivent compléter le savoir-faire et les connaissances de la population concernée, et apporter une expérience quant aux procédures techniques et réglementaires établies (voir le standard essentiel 6, page 82). Dans les endroits exposés aux catastrophes saisonnières ou cycliques, on aura recours, pour la conception et la construction, à des spécialistes techniques possédant une expérience antérieure de solutions locales appropriées ou de bonnes pratiques confirmées en la matière.
3. **Approvisionnement en matériaux et main-d'œuvre** : la fourniture rapide de solutions d'abri ou de matériaux et d'outils, sous forme d'articles séparés ou en kits d'assemblage, doit permettre à la population touchée par une catastrophe de monter ou de construire ses abris elle-même. Quand c'est possible, les moyens de subsistance locaux doivent être soutenus par l'achat sur place des matériaux de construction, et le recours à la main-d'œuvre et au savoir-faire spécialisé locaux, après une évaluation et une analyse rapides

du marché. Si l'acquisition sur place des matériaux risque d'avoir un effet négatif important sur l'économie locale ou sur l'environnement, il peut être nécessaire d'avoir recours à d'autres solutions : diversification des sources d'approvisionnement, utilisation d'autres types de matériaux ou d'autres méthodes de production, approvisionnement sur le marché régional ou international, achat d'abris commercialisés (voir le standard 5 sur les abris et l'habitat, page 306). Il faut encourager la réutilisation de matériaux récupérés des bâtiments endommagés, après avoir vérifié les droits de propriété qui y sont attachés.

4. **Prévention des catastrophes et réduction des risques** : la résilience des bâtiments doit être en rapport avec les conditions climatiques et les risques naturels connus. Des adaptations doivent être envisagées pour gérer l'impact local des changements climatiques. Toute modification des standards ou pratiques de construction suite à la catastrophe doit se faire en consultation avec la population touchée et les autorités compétentes.
5. **Sécurité de la conception et de la construction des bâtiments publics** : les bâtiments publics, temporaires et permanents, comme les écoles et les établissements médicaux, doivent être construits ou réparés pour résister aux catastrophes et assurer la sécurité et l'accès pour tous. Ces bâtiments doivent respecter les normes de construction et les procédures d'approbation applicables dans le secteur concerné, particulièrement en ce qui concerne les normes d'accessibilité pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer, à voir ou à communiquer. La réparation ou la construction de ces bâtiments doit être entreprise en collaboration avec les autorités compétentes sur la base d'une stratégie, définie d'un commun accord, concernant l'infrastructure des services et un entretien d'un coût abordable (voir les Normes minimales de l'INEE pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement).
6. **Normes de construction** : les normes et directives relatives à la construction doivent faire l'objet d'un accord avec les autorités compétentes pour garantir que les principales exigences en matière de sécurité et de performance seront remplies. Lorsque la réglementation locale ou nationale relative à la construction n'a pas été régulièrement suivie et appliquée, il faut s'accorder sur une mise en conformité progressive tenant compte de la culture locale en matière de logement ainsi que des conditions climatiques, des ressources disponibles, des capacités de construction et d'entretien, de l'accessibilité et des moyens financiers.
7. **Gestion des approvisionnements et de la construction** : un calendrier de construction doit être mis au point pour planifier les activités. Sur ce calendrier doivent figurer les principales étapes comme les dates cibles de finition des travaux, le transfert des populations déplacées vers des solutions d'abri et d'habitat spécifiques, et les dates de début des phénomènes météorologiques saisonniers. Il faut également mettre en place un système de gestion de la chaîne logistique et de la construction qui soit adapté aux



besoins, efficace et responsable pour ce qui concerne les matériaux, la main-d'œuvre et la supervision des chantiers. Devront y être inclus le choix des fournisseurs, les achats, le transport, la manutention et l'administration, du point d'origine jusqu'aux différents sites concernés (voir le standard 4 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 218).

- 8. Amélioration et entretien :** dans la mesure où les interventions initiales en matière d'abris ne peuvent généralement garantir qu'un niveau minimum d'espace clos et d'assistance matérielle, les personnes touchées par la catastrophe devront chercher d'autres moyens d'accroître la superficie ou la qualité des espaces privés qui leur ont été fournis. Le type de construction et les matériaux utilisés devraient permettre à chaque ménage d'entretenir et d'adapter ou d'améliorer petit à petit les abris pour répondre à des besoins à plus long terme, en utilisant des outils et des matériaux disponibles localement (voir le standard 5 sur les articles non alimentaires, page 318).

Standard 5 sur les abris d'habitat : impact sur l'environnement

Les solutions d'abri et d'habitat, ainsi que l'approvisionnement en matériaux et les techniques de construction réduisent au minimum l'impact négatif sur l'environnement local.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Évaluer et analyser l'impact négatif de la catastrophe sur l'environnement local et déterminer les risques et les facteurs de vulnérabilité dans ce domaine (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Prendre en considération les ressources naturelles disponibles localement lors de la planification de zones d'établissement temporaires ou permanentes (voir les notes d'orientation 1 à 3).
- ▶ Gérer les ressources de l'environnement local de façon à ce qu'il soit possible de répondre aux besoins actuels et futurs des populations touchées par la catastrophe (voir les notes d'orientation 1 à 3).
- ▶ Réduire au minimum l'impact négatif sur les ressources environnementales locales pouvant résulter de la production et de la fourniture de matériaux de construction, et de la construction proprement dite (voir les notes d'orientation 3 et 4).
- ▶ Préserver les arbres et autre végétation, lorsque c'est possible, pour accroître la rétention de l'eau, limiter au minimum l'érosion des sols et préserver des endroits ombragés (voir la note d'orientation 5).

- ▶ Remettre les sites des zones d'établissement communautaires temporaires dans leur état d'origine une fois qu'ils ne sont plus nécessaires, à moins qu'il en ait été convenu autrement (voir la note d'orientation 6).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ La planification des retours, des structures d'accueil ou des zones d'établissement communautaires temporaires montre que le nécessaire a été fait pour que l'impact négatif sur l'environnement soit réduit au minimum ou atténué (voir les notes d'orientation 1 à 6).
- ▶ Les procédés de construction et l'approvisionnement en matériaux pour toutes les solutions d'abri montrent que le nécessaire a été fait pour que l'impact négatif sur l'environnement soit réduit au minimum ou atténué (voir la note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. **Évaluation environnementale** : l'impact de la catastrophe sur l'environnement doit faire l'objet d'une évaluation pour déterminer les interventions et les activités d'atténuation requises. De nombreuses catastrophes naturelles, comme les glissements de terrain, sont le résultat direct d'une mauvaise gestion des ressources environnementales. Elles peuvent aussi être dues à des facteurs de vulnérabilité ou risques environnementaux préexistants, comme les inondations saisonnières dans les basses terres ou l'absence de ressources naturelles qui puissent être exploitées sans risque. Il faut bien comprendre ces risques pour établir des plans d'établissement humain adéquats et faire en sorte que des mesures soient prévues, dans le cadre de l'intervention, pour remédier à des facteurs de vulnérabilité connus, y compris les effets des changements climatiques.
2. **Durabilité et gestion des ressources environnementales** : lorsqu'on ne dispose que de ressources environnementales limitées pour assumer une augmentation substantielle de l'habitat humain, toute sollicitation de ces ressources qui ne serait pas viable doit être réduite. Lorsque les ressources naturelles nécessaires sont disponibles, les zones d'établissement communautaires temporaires doivent être gérées de manière à réduire le plus possible le risque pour l'environnement. Il convient d'assurer et de gérer un approvisionnement extérieur durable en combustible et diverses solutions pour la pâture du bétail, la production agricole et d'autres activités de soutien aux moyens de subsistance dépendant des ressources naturelles. Il peut être préférable pour l'environnement que l'on envisage des établissements humains moins nombreux mais plus vastes, plutôt que des établissements plus nombreux mais plus petits et dispersés, dont il est moins facile d'assurer la gestion ou le suivi. Il faut aussi tenir compte



de l'impact sur les besoins en ressources naturelles des communautés qui accueillent les personnes touchées par une catastrophe ou qui sont installées à proximité des zones touchées.

3. **Atténuer l'impact à long terme sur l'environnement** : la gestion des ressources naturelles doit être prise en compte à tous les stades de la planification. Lorsque la fourniture d'abris pour les communautés touchées a un impact négatif important sur l'environnement en raison d'une exploitation excessive des ressources, les effets à long terme doivent être réduits au minimum par le recours à des activités complémentaires de gestion et de réhabilitation de l'environnement. Il est recommandé de consulter les agences compétentes dans ce domaine.
4. **Approvisionnement en matériaux de construction** : il faut évaluer l'impact sur l'environnement de l'approvisionnement en ressources naturelles, comme l'eau, le bois de construction, le sable, la terre et l'herbe, ainsi que le combustible destiné à cuire les briques et les tuiles. On devra identifier les utilisateurs habituels, les taux d'extraction et de régénération, et les droits de propriété ou de contrôle de ces ressources. Des sources d'approvisionnement alternatives ou complémentaires peuvent aider l'économie locale et réduire ainsi l'impact négatif à long terme sur l'environnement. Il faut promouvoir le recours à des sources diversifiées et la réutilisation de matériaux récupérés, ainsi que l'utilisation d'autres matériaux et méthodes de production (comme les briques de terre stabilisée). Cette action peut être combinée à des mesures d'atténuation telles qu'une replantation complémentaire.
5. **Érosion** : les solutions d'abri et d'habitat doivent être planifiées de manière à conserver les arbres et autre végétation, afin de stabiliser le sol et de procurer le maximum de possibilités de se mettre à l'ombre et de se protéger des rigueurs du climat. Il faudra tirer parti de la topographie naturelle pour aménager des routes, des chemins et des réseaux de drainage, afin de réduire autant que possible les risques d'érosion et d'inondations. Si cela ne peut pas se faire, tout risque d'érosion doit être limité par l'excavation de canaux de drainage, la pose de canalisations sous les routes et la plantation des berges, ce qui limitera l'écoulement des eaux (voir le standard 1 sur le drainage, page 139).
6. **Penser à l'avenir** : la régénération naturelle de l'environnement doit être stimulée à l'intérieur et autour des zones d'établissement communautaires temporaires par l'application de mesures appropriées de réhabilitation. La fermeture à terme de ces zones doit elle aussi être gérée, pour que tous les matériaux et les déchets qui ne peuvent pas être réutilisés ou qui pourraient avoir un impact négatif sur l'environnement soient enlevés de manière satisfaisante.

2. Articles non alimentaires : vêtements, matériel de couchage et articles ménagers

Les vêtements ainsi que les couvertures et autre matériel de couchage répondent aux besoins humains les plus personnels en matière de protection contre les rigueurs du climat, de préservation de la santé et de l'intimité, et de respect de la dignité. Les personnes touchées par une catastrophe doivent avoir accès aux biens de consommation et aux fournitures essentielles pour préparer et consommer les aliments, jouir d'un confort thermique, voir leurs besoins d'hygiène personnelle satisfaits, et construire, entretenir ou réparer les abris (voir le standard 2 sur la promotion de l'hygiène, page 107, et le standard 1 sur l'approvisionnement en eau, page 110).

Toutes les personnes touchées par une catastrophe – qu'elles soient en mesure de retourner sur les lieux de leur habitat d'origine, qu'elles soient accueillies par d'autres familles ou qu'elles soient hébergées dans des zones d'établissement communautaires temporaires – auront à satisfaire des besoins individuels et ménagers en articles non alimentaires. Ces besoins doivent faire l'objet d'une évaluation, et il faudra y répondre de façon appropriée. Les personnes concernées au second degré par la catastrophe, en particulier les familles d'accueil, peuvent elles aussi avoir besoin d'une aide non alimentaire pour faire face à la charge supplémentaire que constitue l'accueil ou pour compenser les effets de la catastrophe sur l'économie locale et l'accès aux articles susmentionnés.

Si la distribution d'articles non alimentaires est une activité courante dans les interventions, il faut aussi envisager la distribution d'argent liquide ou de bons d'achat qui permettront de se procurer ces articles, lorsque les marchés locaux continuent à fonctionner (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat, page 232).

Les articles destinés à un usage personnel ou ménager ne nécessitent généralement pas d'informations supplémentaires ni de mode d'emploi. En revanche, les articles utilisés pour réparer ou construire des abris (par exemple, les



matériaux de construction, la quincaillerie et l'outillage) nécessitent généralement des conseils techniques supplémentaires pour une utilisation efficace et sûre. Par ailleurs, les articles d'hygiène personnelle doivent être accompagnés d'activités appropriées de promotion de l'hygiène (voir les standards 1 et 2 sur la promotion de l'hygiène, pages 104 et 107).

Standard 1 sur les articles non alimentaires : articles à usages personnel et ménager et servant au montage des abris

La population touchée par une catastrophe dispose en suffisance d'articles à usages personnel et ménager et servant au montage des abris pour garantir la santé, le respect de la dignité, la sécurité et le bien-être de chacun.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Évaluer les différents besoins de la population touchée en termes d'articles non alimentaires (voir les notes d'orientation 1 et 2, et le standard 3 sur l'approvisionnement en eau, page 117).
- ▶ Dresser la liste des articles non alimentaires qui peuvent être fournis localement ou que la population concernée peut se procurer elle-même grâce à une aide en argent ou en bons d'achat (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Juger du caractère approprié de tous les articles composant un ensemble d'articles non alimentaires à distribuer (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Assurer la planification nécessaire pour distribuer tous les articles non alimentaires en bon ordre, dans la transparence et de manière équitable (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Donner les modes d'emploi et les conseils techniques nécessaires pour les articles de montage d'abris, ou encourager à les utiliser, le cas échéant (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Prévoir un réapprovisionnement en articles non alimentaires pour les personnes déplacées pendant une longue période (voir la note d'orientation 7).

Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les besoins en articles non alimentaires qui avaient été notés pour l'ensemble de la population touchée par la catastrophe ont été satisfaits (voir les notes d'orientation 1 à 7).

Notes d'orientation

1. **Évaluation des besoins** : on évaluera les trois ensembles de besoins – en articles personnels, comme les vêtements et les articles d'hygiène ; en articles ménagers, tels que ceux nécessaires au stockage et à la préparation des aliments ; et en matériel destiné aux abris, comme des bâches en plastique, des cordes, des outils ou des matériaux de construction de base. Il faut faire la distinction entre les besoins individuels et les besoins communautaires, notamment pour ce qui est de la cuisson des aliments et du combustible. On dressera la liste des articles non alimentaires que l'on peut trouver localement et dont l'usage est familier. Il faut prévoir de répondre, dans l'assistance non alimentaire, aux besoins en caisses, sacs et autres conteneurs servant aux personnes déplacées ou en transit pour le stockage et le transport de leurs biens personnels et ménagers. La fourniture d'articles non alimentaires doit être un des éléments du plan d'intervention global en cas de catastrophe (voir les standards essentiels 1 à 3, pages 62 à 69, et le standard 1 sur les abris et l'habitat, page 287).
2. **Installations communautaires** : on fournira aux écoles et aux autres installations communautaires, selon les besoins, des articles non alimentaires pour l'hygiène personnelle, la santé, la préparation et la cuisson des aliments, etc. Du matériel récréatif et d'apprentissage doit être mis à disposition. Des liens doivent être établis entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour faire en sorte que les messages portant sur la santé publique et l'hygiène contribuent à une utilisation correcte des articles non alimentaires (voir les standards 1 et 2 sur la promotion de l'hygiène, pages 104 et 107, et les Normes minimales de l'INEE pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement).
3. **Source d'approvisionnement en articles non alimentaires** : les catastrophes frappent l'économie locale et les circuits d'approvisionnement, ce qui entraîne souvent la nécessité de chercher à l'extérieur des articles non alimentaires et de les distribuer directement aux personnes, aux ménages et aux communautés. Une étude de marché rapide, intégrée à l'évaluation initiale des besoins, peut indiquer si les articles non alimentaires usuels peuvent être trouvés localement ou dans des zones voisines non touchées par la catastrophe. Là où l'économie locale fonctionne encore, ou peut être soutenue par une aide spécifique à la gestion des sources d'approvisionnement et de la chaîne logistique, l'allocation de sommes d'argent et/ou de bons d'achat peut permettre aux communautés concernées de satisfaire leurs propres besoins en articles de secours (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat, page 232). Cette aide doit être planifiée afin que les personnes vulnérables ne soient pas désavantagées et que leurs besoins en la matière soient satisfaits.



4. **Colis de secours** : les articles non alimentaires sont souvent emballés et prépositionnés dans des entrepôts, sur la base de spécifications et d'un contenu standard. Il faut examiner la quantité et le détail de ces articles dans les colis destinés aux ménages par rapport au nombre moyen de personnes qui les composent, à leur âge, à leur sexe et à la présence de personnes ayant des besoins spécifiques, tout en veillant à ce que lesdits articles soient culturellement acceptables.
5. **Distribution** : il faut mettre au point des méthodes de distribution efficaces et équitables en consultation avec la population affectée. Celle-ci doit être informée de chacune des distributions et de l'éventuelle nécessité de s'inscrire ou de faire l'objet d'une évaluation pour pouvoir y participer. Cela peut s'organiser sous la forme d'inscriptions formelles ou d'une distribution de coupons. On veillera à ce que les personnes ou les familles vulnérables ne soient pas oubliées sur les listes de distribution et aient bien accès à l'information et à la distribution elle-même. Une procédure de réclamation doit être mise en place pour le traitement de tous les problèmes qui pourraient surgir pendant l'inscription ou la distribution. On consultera les autorités locales compétentes pour savoir quels lieux de distribution elles recommandent, afin de garantir la sécurité de l'accès et une bonne réception des articles, ainsi que le retour sans danger des bénéficiaires chez eux. Il devra être tenu compte des distances de marche, de la configuration du terrain, des aspects pratiques et des implications financières du transport des articles les plus volumineux, comme le matériel de construction des abris. Il faut assurer le suivi des distributions et de l'usage qui est fait des articles fournis, pour voir dans quelle mesure la procédure de distribution est adéquate, et les articles eux-mêmes sont suffisants et appropriés (voir le standard 5 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 222).
6. **Promotion, mode d'emploi et conseils techniques** : les articles à usages personnel et ménager doivent être familiers aux personnes touchées par la catastrophe, qui doivent pouvoir les utiliser sans conseils supplémentaires. Cependant, des conseils techniques et un mode d'emploi accompagneront, le cas échéant, la fourniture des articles destinés à la construction des abris, tels que les matériaux de construction, les outils et la quincaillerie (voir le standard 5 sur les articles non alimentaires, page 318). Les emballages peuvent être marqués de diagrammes simples montrant comment utiliser ces articles en toute sécurité pour réparer et construire des abris sûrs et adéquats. Les personnes concernées et des spécialistes locaux de la construction doivent participer sur site à des activités de sensibilisation (par exemple, par la réparation ou le montage d'abris modèles) afin que les techniques de construction à appliquer soient mieux comprises. On attirera l'attention des personnes participant aux activités de construction sur les

faiblesses qui existaient dans la conception et la construction des abris et des établissements humains avant la catastrophe et qui peuvent avoir contribué aux dommages ou à la destruction des logements, tout en donnant des exemples de bonnes pratiques assurant une meilleure résistance à la catastrophe.

7. **Réapprovisionnement** : la planification des distributions de secours doit tenir compte du taux de consommation, de la durée d'utilisation qui en résulte et de la capacité des communautés concernées à se réapprovisionner.

Standard 2 sur les articles non alimentaires : vêtements et matériel de couchage

La population touchée par une catastrophe dispose en suffisance de vêtements, de couvertures et de matériel de couchage pour que son confort personnel, le respect de sa dignité, sa santé et son bien-être soient assurés.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Dresser l'inventaire (par catégories de personnes) des vêtements dont ont besoin les femmes, les filles, les hommes et les garçons de tous âges, sans oublier les nourrissons et les personnes vulnérables ou marginalisées, et veiller à ce qu'ils puissent obtenir les articles dont ils ont besoin dans les bonnes tailles et conformément à leur culture, à la saison et au climat (voir les notes d'orientation 1 à 5).
- ▶ Dresser l'inventaire des besoins des personnes concernées en couvertures et autre matériel de couchage, et veiller à ce qu'elles aient accès à ces articles pour jouir d'un confort thermique suffisant et pouvoir prendre des dispositions appropriées pour dormir (voir les notes d'orientation 2 à 5).
- ▶ Évaluer les besoins en moustiquaires imprégnées d'insecticide et en fournir si nécessaire (voir les standards 1 à 3 sur la lutte antivectorielle, pages 128 à 133).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les femmes, les filles, les hommes et les garçons disposent tous d'au moins deux jeux complets de vêtements à leur taille et conformes à leur culture, à la saison et aux conditions climatiques (voir les notes d'orientation 1 à 5).
- ▶ Toutes les personnes touchées par la catastrophe disposent de couvertures, de linge de couchage, de nattes ou matelas, et de moustiquaires imprégnées



d'insecticide si nécessaire, qui garantissent un confort thermique suffisant et leur permettent de prendre des dispositions appropriées pour dormir (voir les notes d'orientation 2 à 5 et les standards 1 à 3 sur la lutte antivectorielle, pages 128 à 133).

Notes d'orientation

1. **Vêtements de rechange** : toutes les personnes touchées par une catastrophe doivent pouvoir disposer de vêtements de rechange en quantité suffisante pour leur confort thermique, le respect de leur dignité, leur santé et leur bien-être. Cela signifie qu'il faut au moins deux jeux d'articles de base, en particulier de sous-vêtements, pour permettre le lavage.
2. **Caractère approprié** : les vêtements (y compris, selon les besoins, les chaussures) doivent correspondre aux conditions climatiques et aux pratiques culturelles, et être fournis dans les bonnes tailles. En plus de vêtements appropriés, les nourrissons et les enfants jusqu'à 2 ans doivent avoir une couverture. Le matériel de couchage doit être conforme aux pratiques culturelles et disponible en suffisance, pour permettre des couchages séparés.
3. **Performance thermique** : les propriétés isolantes des vêtements et du matériel de couchage doivent être prises en compte, de même que les effets d'un climat humide ou très humide sur la performance thermique de ces articles. On envisagera de combiner articles vestimentaires et de couchage pour assurer le niveau requis de confort thermique. Prévoir des nattes ou des matelas isolants pour lutter contre la déperdition de chaleur par le sol peut s'avérer plus efficace que de fournir des couvertures supplémentaires.
4. **Durabilité** : les vêtements et le matériel de couchage doivent être suffisamment durables pour résister à une usure normale et à un usage prolongé.
5. **Besoins spécifiques** : les personnes les plus exposées doivent pouvoir disposer de vêtements et de matériel de couchage supplémentaires. Il s'agit des personnes ayant des problèmes d'incontinence, des personnes souffrant de maladies chroniques, des femmes enceintes et des mères allaitantes, des personnes âgées et des personnes à mobilité réduite. Les nourrissons, les enfants, les personnes à mobilité réduite et les personnes âgées ont davantage tendance à perdre de la chaleur et ont par conséquent besoin de plus de vêtements, de couvertures, etc., pour conserver un niveau convenable de confort thermique. Compte tenu de leur manque de mobilité, les personnes âgées, les malades et les infirmes devront recevoir une attention particulière et disposer, par exemple, de matelas ou de lits surélevés.

Standard 3 sur les articles non alimentaires : ustensiles de cuisine et couverts

La population touchée par une catastrophe a accès à des articles culturellement appropriés pour préparer et entreposer la nourriture, ainsi que pour cuire les aliments, manger et boire.

Action clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Déterminer les besoins des personnes touchées par la catastrophe s'agissant de préparer et d'entreposer la nourriture, de cuire les aliments, de manger et de boire, et leur donner l'accès à des articles culturellement appropriés selon leurs besoins (voir les notes d'orientation 1 et 2).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Chaque ménage ou groupe de quatre à cinq personnes dispose de deux marmites de taille familiale pourvues de poignées et de couvercles, d'une bassine pour préparer ou servir les aliments, d'un couteau de cuisine et de deux cuillères de service (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Toutes les personnes touchées par la catastrophe ont à leur disposition une assiette, une cuillère ou d'autres couverts, et un gobelet ou une tasse (voir les notes d'orientation 1 et 2).

Notes d'orientation

1. **Caractère approprié** : le choix des ustensiles de cuisine et des couverts doit être culturellement approprié et permettre des pratiques d'alimentation sans risque. Il faut consulter les femmes ou les personnes qui supervisent généralement la préparation des aliments lors du choix de ces articles. Les quantités d'ustensiles de cuisine nécessaires seront déterminées en fonction des habitudes culturelles, par exemple la préparation de repas séparés pour différents groupes de la famille ou la séparation de certaines denrées lors de la préparation. Le type et la taille des ustensiles de cuisine et des couverts doivent être appropriés pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les enfants.
2. **Matériaux de fabrication** : tous les articles en plastique (seaux, bols, jerrycans, récipients à eau, etc.) doivent être fabriqués en plastique de qualité alimentaire. Tous les objets métalliques (couverts, bols, assiettes, gobelets, etc.) doivent être émaillés ou en acier inoxydable.



Standard 4 sur les articles non alimentaires : fourneaux, combustible et éclairage

La population touchée par une catastrophe dispose de fourneaux sûrs et consommant peu, ainsi que d'un bon approvisionnement en combustible ou en énergie domestique, ou a accès à des cuisines communautaires. Chaque ménage dispose aussi des moyens appropriés pour assurer un éclairage artificiel durable qui garantisse la sécurité personnelle.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Dresser la liste des besoins des ménages en termes de cuisine et de chauffage, et y répondre en veillant à ce qu'ils disposent de fourneaux sûrs et consommant peu, ainsi que d'un bon approvisionnement en combustible ou en énergie domestique, ou aient accès à des cuisine communautaires (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Veiller à ce que les fourneaux puissent être utilisés en toute sécurité et à ce que les risques d'incendie soient réduits au minimum (voir les notes d'orientation 2 et 3).
- ▶ Identifier et privilégier les sources de combustible ou d'énergie domestique écologiquement et économiquement durables (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Veiller à ce que l'approvisionnement et l'entreposage du combustible se fassent en toute sécurité (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Répondre, après les avoir déterminés, aux besoins des ménages en moyens durables d'éclairage artificiel, ainsi qu'en allumettes ou tout autre moyen approprié pour faire brûler du combustible, allumer des bougies, etc. (voir la note d'orientation 6).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les ménages concernés utilisent des fourneaux consommant peu et disposent de sources d'approvisionnement en combustible ou en énergie domestique (voir les notes d'orientation 1 à 3).
- ▶ Il n'est signalé aucun cas de personne victime d'un accident ou incident lors de l'utilisation ordinaire des fourneaux, ou de l'approvisionnement et du stockage du combustible (voir les notes d'orientation 4 et 5).
- ▶ Les ménages concernés sont en mesure de s'éclairer à la lumière artificielle de manière sûre et durable et disposent d'allumettes ou de tout autre moyen

de faire brûler du combustible, d'allumer des bougies, etc. (voir la note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. **Fourneaux** : les caractéristiques techniques des fourneaux seront déterminées en fonction des pratiques locales. Il faut promouvoir les méthodes culinaires économes en énergie, notamment par l'utilisation de fourneaux consommant peu, la préparation du bois à brûler, une bonne gestion du feu, la préparation des aliments, le partage de la cuisine, etc. Dans les logements communautaires, des cuisines communes ou centralisées sont préférables à des fourneaux pour chaque ménage, car cela réduira le risque d'incendie et la pollution par la fumée à l'intérieur des logements (voir le standard 2 sur la sécurité alimentaire – transferts de vivres, page 213).
2. **Ventilation** : dans les espaces fermés, les fourneaux doivent être équipés de tuyaux permettant d'évacuer en toute sécurité vers l'extérieur les gaz de combustion ou la fumée. L'utilisation d'ouvertures à l'épreuve des intempéries assurera une ventilation suffisante et réduira au minimum les risques de problèmes respiratoires.
3. **Protection incendie** : le fourneau doit être bien séparé des autres éléments de l'abri. Les fourneaux intérieurs doivent être posés sur une base non inflammable, et le tuyau d'évacuation doit être pourvu d'une gaine non inflammable à l'endroit où il traverse la structure de l'abri pour déboucher vers l'extérieur. Les fourneaux doivent être situés à bonne distance des issues et être placés de manière à être accessibles en toute sécurité pendant l'utilisation.
4. **Sources durables d'approvisionnement en combustible** : les sources de combustible doivent être bien gérées, surtout si les communautés d'accueil ou voisines y ont elles aussi recours. Les ressources doivent être réalimentées pour assurer la continuité de l'approvisionnement, par exemple en plantant des arbres producteurs de bois de chauffage pour diminuer, voire supprimer, le prélèvement de bois de chauffage dans les forêts existantes. Il faut encourager l'usage de sources de combustible non traditionnelles, comme les briquettes fabriquées à partir de sciure ou d'autres matières organiques, à condition qu'elles soient acceptables pour la population concernée.
5. **Collecte et stockage du combustible** : on consultera la population affectée, en particulier les femmes et les filles, quant à la localisation et aux moyens de collecte du combustible pour la cuisine et le chauffage, afin de tenir compte des questions de sécurité personnelle. Il faut prendre en considération la charge que représente la collecte du combustible pour les personnes particulièrement vulnérables, comme les femmes qui sont à la



tête d'un ménage, les personnes s'occupant de malades chroniques ou les personnes à mobilité réduite. On encouragera l'usage de combustibles moins exigeants en termes de main-d'œuvre, y compris le recours à des fourneaux consommant peu et à des sources de combustible plus accessibles. Le combustible doit être entreposé à bonne distance du fourneau lui-même, et les combustibles liquides, comme le kérosène, doivent être gardés hors de portée des enfants et des nourrissons.

6. **Éclairage artificiel** : les lanternes et les bougies sont un moyen d'éclairage familial et facile à se procurer, bien que le risque d'incendie lié à leur utilisation doive être évalué. Il faut fournir d'autres types d'éclairage artificiel pour assurer la sécurité des personnes dans le périmètre et autour des zones d'habitat lorsqu'un éclairage général n'est pas disponible. L'utilisation d'un mode d'éclairage artificiel économe en énergie doit être envisagé, par exemple de diodes électroluminescentes, de même que la fourniture de panneaux solaires qui généreront une énergie électrique localisée.

Standard 5 sur les articles non alimentaires : outillage et quincaillerie

Les personnes touchées par une catastrophe, lorsqu'elles sont chargées de la construction ou de l'entretien de leur abri ou du déblaiement des décombres, disposent de l'outillage, des articles de quincaillerie et de la formation complémentaire nécessaires.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Dresser la liste des outils et des articles de quincaillerie nécessaires pour répondre aux besoins des personnes chargées de construire, en tout ou en partie et dans le respect des normes de sécurité, leurs abris et des installations communautaires sûres, d'en assurer l'entretien essentiel ou de déblayer les décombres (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Veiller à ce que les utilisateurs aient bien compris et accepté les mécanismes adéquats relatifs à l'utilisation, à l'entretien et au rangement de l'outillage et des articles de quincaillerie, lorsqu'ils sont destinés à un usage communautaire ou partagé (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Dispenser, s'il y a lieu, la formation ou les conseils nécessaires pour l'utilisation de l'outillage, pour les activités de construction ou d'entretien, et pour le déblaiement des décombres (voir la note d'orientation 3).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les ménages ou groupes communautaires disposent de l'outillage et des équipements permettant d'effectuer sans risque des travaux de construction et d'entretien, ou de déblaiement des décombres, selon les besoins (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Tous les ménages ou groupes communautaires peuvent bénéficier d'une formation et d'une sensibilisation à l'utilisation sans risque des outils et de la quincaillerie fournis (voir la note d'orientation 3).

Notes d'orientation

1. **Boîtes à outils** : les outils et la quincaillerie fournis doivent être familiers et adaptés au contexte. Il faut prévoir, notamment, des clous de différentes tailles, du fil et du câble galvanisés, et du matériel pour tracer et mesurer. De l'outillage à usage collectif sera fourni lorsqu'il servira à travailler dans des bâtiments publics et ne sera nécessaire que pendant un temps limité, ou lorsque l'outillage est rare. Il faut convenir de règles sur le partage du temps d'utilisation, l'entretien et le rangement avant de procéder à la distribution.
2. **Activités de subsistance** : quand c'est possible, l'outillage fourni doit pouvoir servir également aux activités de soutien aux moyens de subsistance. L'utilisation de ces outils doit faire l'objet d'un suivi pour éviter tout impact négatif sur l'environnement (par exemple, par une exploitation non autorisée ou excessive des ressources naturelles) ou toute utilisation partagée ou collective.
3. **Formation et assistance technique** : on assurera la formation ou la sensibilisation nécessaires à une utilisation sans risque et à un entretien simple des outils, ainsi qu'aux activités planifiées. Les ménages ayant à leur tête une femme, ainsi que d'autres personnes vulnérables préalablement identifiées devront bénéficier de l'assistance de membres de la famille élargie, de voisins ou d'une main-d'œuvre contractuelle pour les travaux de construction ou d'entretien définis (voir le standard 4 sur les abris et l'habitat, note d'orientation 1, page 304).



Annexe 1

Aide-mémoire pour l'évaluation des besoins en matière d'abris, d'habitat et d'articles non alimentaires

Cette liste de questions se veut un guide et un aide-mémoire pour s'assurer que l'on disposera des informations adéquates pour guider l'intervention post-catastrophe dans le secteur des abris et de l'habitat. Les questions énoncées ici ne sont pas obligatoires, et elles seront utilisées et adaptées selon les besoins. On part du principe que les informations relatives aux causes profondes de la catastrophe, à la situation en matière de sécurité, aux données démographiques de base sur la population déplacée et, éventuellement, sur la population d'accueil, et aux personnes clés qu'il faudra consulter et avec lesquelles il faudra prendre contact seront obtenus séparément (voir le standard essentiel 3, page 69).

1 Abris et habitat

Évaluation initiale et coordination

- ▶ A-t-il été convenu d'un mécanisme de coordination entre les autorités compétentes et les agences humanitaires ?
- ▶ Quelles sont les données de référence disponibles sur la population touchée par la catastrophe et quels sont les dangers connus, ainsi que les risques et les facteurs de vulnérabilité identifiés en matière d'abris et d'habitat ?
- ▶ Existe-t-il un plan d'urgence sur lequel l'intervention puisse s'appuyer ?
- ▶ De quels éléments d'évaluation initiale dispose-t-on déjà ?
- ▶ A-t-on prévu une évaluation interagences ou multisectorielle et, si oui, couvre-t-elle les aspects relatifs aux abris, à l'habitat et aux articles non alimentaires ?

Données démographiques

- ▶ Combien y a-t-il de personnes dans un ménage type ?
- ▶ Combien de membres de la population affectée, ventilés par sexe et par tranches d'âge, sont des personnes qui ne forment pas un ménage type (comme les enfants non accompagnés), ou constituent des groupes

minoritaires particuliers au sein desquels la taille des ménages n'est pas celle des ménages types ?

- ▶ Combien de ménages touchés par la catastrophe n'ont pas d'abri adéquat, et où se trouvent-ils ?
- ▶ Combien de personnes ne faisant pas partie d'un ménage, ventilées par sexe et par tranches d'âge, n'ont pas d'abri ou ont un abri inadéquat, et où se trouvent-elles ?
- ▶ Combien de ménages sans abri adéquat n'ont pas été déplacés et peuvent recevoir une aide sur le lieu de leur habitat d'origine ?
- ▶ Combien de ménages sans abris adéquat ont été déplacés et devront être hébergés dans des familles d'accueil ou dans des zones d'établissement communautaires temporaires ?
- ▶ Combien de personnes, ventilées par sexe et par tranches d'âge, n'ont pas accès à des installations communautaires comme les écoles, les dispensaires ou les centres communautaires ?

Risques

- ▶ Quel est le risque immédiat que fait peser sur la vie le manque d'abris adéquats, et combien de personnes sont exposées à ce risque ?
- ▶ Quels sont les autres risques potentiels pour la vie, la santé et la sécurité de la population affectée résultant des effets que continuent d'avoir la catastrophe ou d'autres dangers connus sur la fourniture d'abris ?
- ▶ Quels sont les risques particuliers dus au manque d'abris adéquats que courent les personnes vulnérables, notamment les femmes, les enfants, les mineurs non accompagnés, et les personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques, et pourquoi ?
- ▶ Quel est, le cas échéant, l'impact de la présence de la population déplacée sur la population d'accueil ?
- ▶ Quels sont les risques potentiels de conflit ou de discrimination au sein des divers groupes de la population touchée par la catastrophe ou entre ces groupes ?

Ressources et contraintes

- ▶ Quelles ressources matérielles, financières et humaines la population touchée a-t-elle pour répondre à quelques-uns ou à la totalité de ses besoins urgents en matière d'abris ?
- ▶ Quels sont les problèmes relatifs à la disponibilité des terres, à leur propriété et à leur utilisation qu'il faut résoudre pour répondre aux besoins urgents en matière d'abris, y compris, le cas échéant, concernant les zones d'établissement communautaires temporaires ?



- ▶ À quels problèmes la population d'accueil potentielle devra-t-elle faire face pour héberger la population déplacée dans ses propres logements ou sur des terrains adjacents ?
- ▶ Quelles possibilités et difficultés présente d'utilisation de structures ou de bâtiments existants, disponibles et non touchés par la catastrophe, pour héberger temporairement la population déplacée ?
- ▶ L'utilisation de terres inoccupées et accessibles pour y installer des sites temporaires est-elle adéquate sur les plans topographique et environnemental ?
- ▶ Quelles exigences et contraintes imposent les règlements établis par les autorités locales en ce qui concerne la mise au point de solutions d'abri ?

Matériaux, conception et construction

- ▶ Quelles solutions initiales au problème des abris ou quels matériaux ont déjà été fournis jusqu'ici par la population affectée ou par d'autres acteurs ?
- ▶ Quels matériaux existants peuvent être récupérés sur le site endommagé pour être réutilisés dans la reconstruction d'abris ?
- ▶ Quelles sont les pratiques habituelles de la population touchée par la catastrophe dans le domaine de la construction, et quels sont les différents matériaux utilisés pour construire la structure et le toit, ainsi que les murs extérieurs des abris ?
- ▶ Quelles autres solutions relatives à la conception ou aux matériaux sont potentiellement disponibles, et familières ou acceptables pour la population touchée par la catastrophe ?
- ▶ Quelles caractéristiques de conception sont requises pour assurer un accès facile et sûr et une bonne utilisation des solutions d'abri par tous les membres de la population affectée, en particulier les personnes à mobilité réduite ?
- ▶ Comment les solutions d'abri potentielles qui ont été identifiées réduiront-elles les risques et les vulnérabilités futurs ?
- ▶ En temps normal, comment les abris sont-ils construits, et par qui ?
- ▶ En temps normal, comment obtient-on les matériaux de construction, et qui s'en charge ?
- ▶ Comment les femmes, les jeunes, les personnes handicapées et les personnes âgées peuvent-ils recevoir une formation ou une assistance pour participer à la construction de leurs propres abris, et quelles sont les difficultés ?

- ▶ Faudra-t-il une assistance supplémentaire sous forme de main-d'œuvre, volontaire ou contractuelle, ou d'appui technique pour aider les personnes ou les ménages qui n'ont pas la capacité ou la possibilité de construire ?

Activités des ménages et activités de soutien aux moyens de subsistance

- ▶ Quelles sont les activités des ménages et les activités de soutien aux moyens de subsistance qui ont généralement lieu à l'intérieur des abris de la population touchée par la catastrophe ou dans un périmètre adjacent, et dans quelle mesure la conception de l'abri et l'espace fourni tiennent-ils compte de ces activités ?
- ▶ Quelles activités de soutien aux moyens de subsistance, légales et respectueuses de l'environnement, peuvent être mises en place grâce à l'approvisionnement en matériaux et à la construction des solutions d'abri et d'habitat ?

Services et installations communautaires essentiels

- ▶ Dispose-t-on actuellement d'eau pour la boisson et l'hygiène personnelle, et quelles possibilités et difficultés se présentent concernant la réponse aux besoins prévus en matière d'assainissement ?
- ▶ Dispose-t-on actuellement d'installations sociales (dispensaires, écoles, lieux de culte, etc.), et quelles difficultés et possibilités y a-t-il en ce qui concerne l'accès à ces installations ?
- ▶ Si des bâtiments publics, en particulier les écoles, sont utilisés comme abris pour les populations déplacées, quel processus et quel calendrier sont prévus pour leur restituer leur usage initial ?

Impact sur la population d'accueil et sur l'environnement

- ▶ Quels sont les sujets de préoccupation pour la population d'accueil ?
- ▶ Quelles sont les questions relatives à l'organisation et à la planification que soulève l'hébergement de la population déplacée au sein de la population d'accueil ou dans des zones d'établissement temporaires ?
- ▶ Quelles préoccupations environnementales suscite, au niveau local, le fait de s'approvisionner sur place en matériaux de construction ?
- ▶ Quelles préoccupations environnementales suscitent, au niveau local, les besoins de la population déplacée en matière de combustible, d'assainissement, d'élimination des déchets, de pâtures pour le bétail le cas échéant, etc. ?



2 Articles non alimentaires

Besoins

- ▶ Quels sont les articles non alimentaires dont la population concernée a absolument besoin ?
- ▶ Certains de ces articles peuvent-ils être trouvés localement ?
- ▶ L'utilisation d'argent liquide ou de bons d'achat est-elle possible ?
- ▶ Une assistance technique sera-t-elle nécessaire pour compléter la fourniture de matériel destiné à la construction des abris ?

Vêtements et matériel de couchage

- ▶ Quels types de vêtements ainsi que de couvertures et autre matériel de couchage sont normalement utilisés par les femmes, les hommes, les enfants et les nourrissons, les femmes enceintes et les mères allaitantes, et les personnes âgées, et quels sont les aspects sociaux et culturels particuliers à prendre en compte ?
- ▶ Combien de femmes et d'hommes de tous âges, d'enfants et de nourrissons ont des vêtements, des couvertures ou du matériel de couchage inadéquats ou en quantité insuffisante pour les protéger des rigueurs du climat et préserver leur santé, assurer le respect de leur dignité et garantir leur bien-être ?
- ▶ Quels sont les risques potentiels pour la vie, la santé et la sécurité personnelle des personnes touchées par la catastrophe qui sont liés aux besoins en vêtements, couvertures ou matériel de couchage adéquats ?
- ▶ Quelles mesures de lutte antivectorielle, notamment sous la forme de moustiquaires, doivent être prises pour garantir la santé et le bien-être des ménages ?

Préparation et consommation des aliments, fourneaux et combustible

- ▶ De quels ustensiles un ménage classique disposait-il avant la catastrophe pour la préparation et la consommation des aliments ?
- ▶ Combien y a-t-il de ménages qui n'ont pas accès à suffisamment d'ustensiles pour la préparation et la consommation des aliments ?
- ▶ Comment les membres de la population affectée faisaient-ils la cuisine et se chauffaient-ils avant la catastrophe, et où faisaient-ils cuire les aliments ?

- ▶ Quel type de combustible était habituellement utilisé pour la cuisine et le chauffage, et où se le procurait-on ?
- ▶ Combien de ménages ne disposent pas d'un fourneau pour la cuisine et le chauffage, et pourquoi ?
- ▶ Combien de ménages ne disposent pas de réserves suffisantes de combustible pour la cuisine et le chauffage ?
- ▶ Quelles possibilités existent, et quels problèmes se posent – en particulier les préoccupations environnementales – s'agissant de se procurer des quantités suffisantes de combustible pour la population déplacée et la population avoisinante ?
- ▶ Quel est l'incidence sur la population touchée par la catastrophe, en particulier sur les femmes de tous âges, de la nécessité de se procurer des quantités suffisantes de combustible ?
- ▶ Quelles questions d'ordre culturel devront être prises en compte en ce qui concerne la cuisson et à la consommation des aliments ?

Outillage et équipement

- ▶ De quels outils de base les ménages disposent-ils pour construire, entretenir ou réparer un abri ?
- ▶ Pour quelles activités de soutien aux moyens de subsistance peut-on aussi utiliser les outils de base destinés à la construction, à l'entretien et au déblaiement des décombres ?
- ▶ Quelles activités de formation ou de sensibilisation sont nécessaires pour assurer une utilisation sans danger des outils ?



Références et bibliographie complémentaire

Instruments juridiques internationaux

Le droit à un logement adéquat (article 11.1) du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels), Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n°4, 12 décembre 1991.

Convention internationale relative au statut des réfugiés, 1951, article 21.

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1969, article 5.e)iii).

Convention relative aux droits de l'enfant, 1990, article 27.3.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1981, article 14.2.h).

Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, article 25.

Ouvrages généraux

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Observatoire des situations de déplacement interne (IDMC), Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies et UN-Habitat, Manuel sur la restitution des logements et des biens des réfugiés et personnes déplacées. Pour la mise en œuvre des « Principes Pinheiro », Genève, 2007.

Corsellis T. et Vitale A., *Transitional Settlement : Displaced Populations*, Oxfam, Oxford, 2005.

Davis J. and Lambert R., *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*, RedR/IT Publications, London, 2002.

Inter-Agency Standing Committee (IASC), *Shelter Projects 2008*, IASC Emergency Shelter Cluster, Geneva, 2008.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), *Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines*, Geneva, 2010.

IFRC/United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), *Shelter Projects 2009*, IFRC, Geneva, 2010.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), *Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction*, Geneva, 2010.

ProVention Consortium, Outils d'intégration de la réduction des risques de catastrophes. Conception d'ouvrages, normes de construction et sélection de sites. Note d'orientation 12, Genève, 2007.

Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE), Normes minimales pour l'éducation: préparation, interventions, relèvement, New York, 2010. www.ineesite.org

United Nations Disaster Relief Organisation (UNDRO), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance, UNDRO, Geneva, 1982.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Handbook for Emergencies, Third Edition, Geneva, 2007.

World Bank, Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction, Washington, 2010.

Zones d'établissement communautaires temporaires

Danish Refugee Council (DRC), Collective Centre Guidelines, Copenhagen, 2010.

Conseil norvégien pour les Réfugiés (NRC), Le Toolkit de gestion des camps, Oslo, 2008.

Environnement

Kelly C., Directives pour l'étude rapide des impacts sur l'environnement dans les catastrophes, Benfield Hazard Research Center, University College London et CARE International, Londres, 2005.

Kelly C., Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning, ProAct Network and CARE International, 2005.

UNHCR, Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps, Geneva, 2002.

WWF and American Red Cross, Green Recovery and Reconstruction : Training Toolkit for Humanitarian Aid, Washington DC, 2010.

www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

Argent liquide, bons d'achat et études de marché

Albu M., The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit, Practical Action Publishing, Rugby, UK, 2010.

Creti P. and Jaspars S., Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam, Oxford, 2006.

International Committee of the Red Cross (ICRC)/IFRC, Guidelines for cash transfer programming, Geneva, 2007.



Handicaps

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Problématique hommes-femmes

Comité permanent interorganisations (CPI-IASC), Femmes, filles, garçons et hommes. Des besoins différents, des chances égales (Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire), Genève, 2008.

Soutien psychosocial

CPI-IASC, Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Genève, 2007.

Écoles et bâtiments publics

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank, Guidance Notes on Safer School Construction, 2009.

Articles non alimentaires/Secours

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge/Oxfam International, La bâche plastique – Guide des caractéristiques et de son utilisation pour les secours humanitaires, Oxford, 2007.

IASC Emergency Shelter Cluster, Selecting NFIs for Shelter, Geneva, 2007.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings, Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings, Geneva, 2009.

ICRC/IFRC, Emergency Items Catalogue, Third Edition, Geneva, 2009.

Inter-Agency Procurement Services Offices, Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications, Vols 1 and 2, United Nations Development Programme, New York, 2000.

OCHA, Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief, Geneva, 2004.

Standards minimums sur l'action sanitaire



Comment utiliser ce chapitre

Ce chapitre est divisé en deux sections principales :

Systèmes de santé

Services de santé essentiels

C'est une approche fondée sur les systèmes de santé qui est adoptée pour servir de cadre à l'organisation des services de santé pendant les interventions consécutives à des catastrophes. Elle s'applique à la conception, à la mise en place, au suivi et à l'évaluation des services de santé, et c'est la meilleure approche si l'on veut que les besoins sanitaires prioritaires soient bien identifiés et que l'on y réponde de manière efficace et rationnelle. Tout au long du chapitre, on mettra l'accent sur des principes tels que l'appui aux systèmes de santé nationaux et locaux, ainsi que la coordination et la normalisation des outils et des méthodes.

Il faut, dans le présent chapitre, tenir compte systématiquement des principes de protection et des standards essentiels.

Bien que prévus principalement pour guider l'intervention humanitaire en cas de catastrophe, les standards minimums peuvent aussi être appliqués pendant la préparation aux catastrophes.

Chaque section comprend les éléments suivants :

- **Les standards minimums** : ils sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimums à atteindre lors d'une intervention humanitaire en ce qui concerne la fourniture de services de santé.
- **Les actions clés** : ce sont les activités suggérées et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les standards minimums.
- **Les indicateurs clés** : ce sont des « signaux » qui indiquent si oui ou non le standard a été atteint. Ils sont un moyen de mesurer et de communiquer les processus et les résultats des actions clés. Ils se rapportent au standard minimum, et non à l'action clé elle-même.
- **Les notes d'orientation** : elles portent sur des points particuliers à prendre en compte lors de l'application des standards minimums, des actions clés et des indicateurs clés dans différentes situations. Elles donnent des orientations pour résoudre les difficultés pratiques, ainsi que des points de repère et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux standards, aux actions ou aux indicateurs, et exposer les dilemmes, controverses ou lacunes subsistant dans l'état actuel des connaissances.

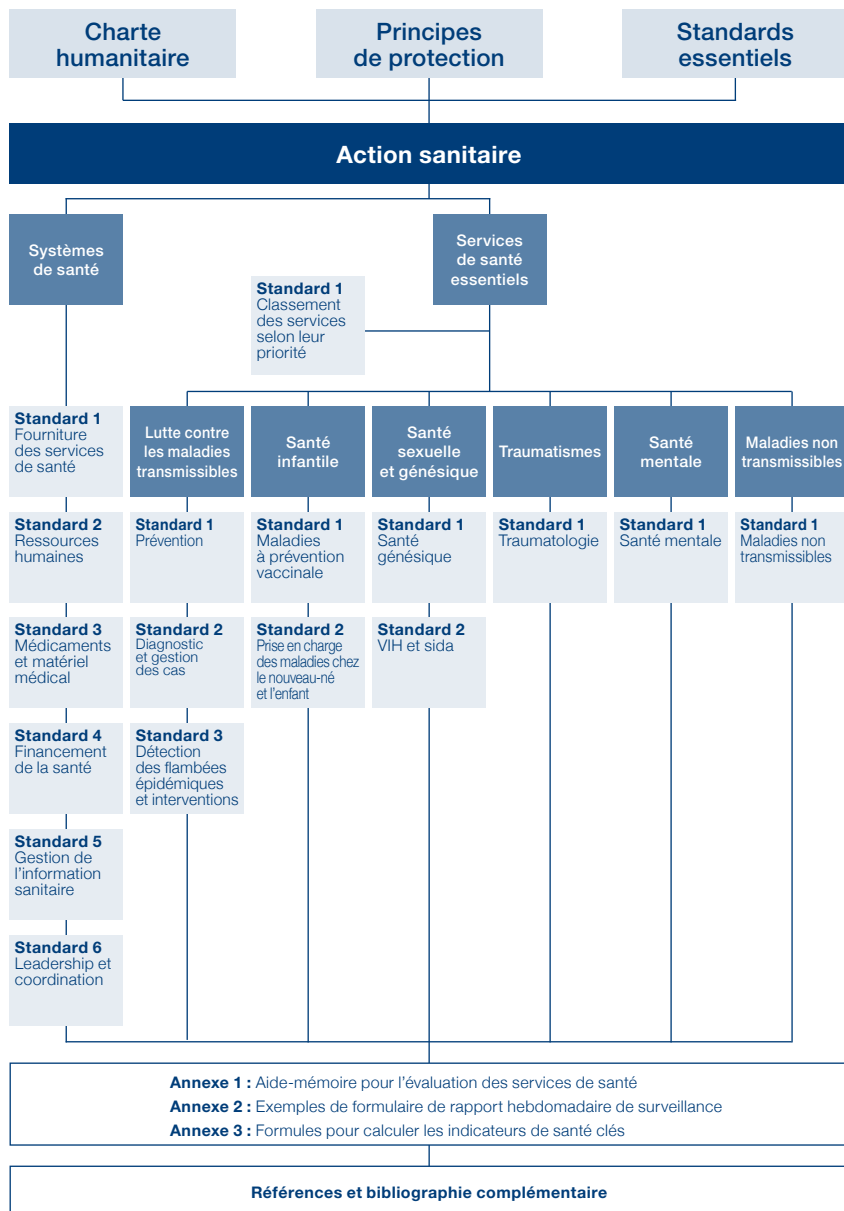
Si les indicateurs clés ne peuvent être atteints ni les actions clés menées, les conséquences néfastes qui en résultent pour la population touchée par une catastrophe doivent être évaluées et des mesures d'atténuation appropriées doivent être prises.

Les annexes en fin de chapitre comprennent un aide-mémoire pour l'évaluation des services de santé, des exemples de formulaire de rapport de surveillance et les formules permettant de calculer les indicateurs de santé clés. On y trouvera également des références et une bibliographie complémentaire.

Table des matières

Introduction	333
1. Systèmes de santé	339
2. Services de santé essentiels	355
2.1. Services de santé essentiels – Lutte contre les maladies transmissibles	358
2.2. Services de santé essentiels – Santé infantile	368
2.3. Services de santé essentiels – Santé sexuelle et génésique	372
2.4. Services de santé essentiels –Traumatismes	380
2.5. Services de santé essentiels – Santé mentale	383
2.6. Services de santé essentiels – Maladies non transmissibles	386
Annexe 1 : Aide-mémoire pour l'évaluation des services de santé	388
Annexe 2 : Exemples de formulaire de rapport hebdomadaire de surveillance	391
Annexe 3 : Formules pour calculer les indicateurs de santé clés	396
Références et bibliographie complémentaire	398





Introduction

Liens avec la Charte humanitaire et le droit international

Les standards minimums sur l'action sanitaire sont une expression concrète des convictions et des engagements que partagent les agences humanitaires, et des principes communs qui régissent l'action humanitaire tels qu'ils sont formulés dans la Charte humanitaire. Fondés sur le principe d'humanité et repris dans le droit international, ces principes sont notamment le droit de vivre dans la dignité, le droit à la protection et à la sécurité, et le droit à une assistance humanitaire fournie selon les besoins. Une liste des documents juridiques et d'orientation essentiels sur lesquels repose la Charte humanitaire est fournie pour référence à l'annexe 1 (page 406), accompagnée de commentaires explicatifs à l'usage des travailleurs humanitaires.

Bien qu'il incombe au premier chef aux États de garantir les droits énumérés ci-dessus, les agences humanitaires ont, elles, la responsabilité de veiller à ce que leur travail auprès des populations touchées par une catastrophe se fasse dans le respect de ces droits. De ceux-ci, qui sont de portée générale, en découlent d'autres, plus spécifiques. Il s'agit notamment du droit à la participation, du droit à l'information et du droit à la non-discrimination – qui sous-tendent les standards essentiels –, ainsi que des droits portant plus particulièrement sur l'eau, l'assainissement, l'alimentation, l'abri et la santé, sur lesquels reposent lesdits standards essentiels et les standards minimums exposés dans ce manuel.

Toute personne a droit à la santé, comme cela est reconnu dans un certain nombre d'instruments juridiques internationaux. Le droit à la santé ne peut être assuré que si la population est protégée, si les professionnels responsables du système de santé sont bien formés et s'engagent sur des principes éthiques universels et des normes professionnelles reconnues, si le système dans lequel ils travaillent est conçu pour répondre aux besoins selon les standards minimums, et si l'État concerné a la volonté et est en mesure de préserver les conditions de sécurité et de stabilité. Dans les situations de conflit armé, les structures médicales et les hôpitaux civils ne peuvent faire l'objet d'attaques en aucune circonstance, et les personnels sanitaire et médical ont le droit d'être protégés. Tous les actes et toutes les activités qui mettent en péril la neutralité des structures sanitaires, comme le fait de porter des armes, sont interdits.

Les standards minimums figurant dans ce chapitre ne sont pas l'expression exhaustive du droit à la santé. Cependant, les standards Sphère reflètent l'essence



même de ce droit, surtout pendant les situations d'urgence, et contribuent à sa réalisation progressive dans le monde entier.

Importance de l'action sanitaire en situation de catastrophe

L'accès aux soins de santé est un déterminant crucial de la survie durant les phases initiales d'une catastrophe. Les catastrophes ont presque toujours un impact important sur la santé publique et le bien-être des populations touchées. Les conséquences en termes de santé publique peuvent être directes (par exemple, mort violente ou des suites d'un traumatisme) ou indirectes (par exemple, suite à une augmentation du nombre de cas de maladies infectieuses ou de malnutrition). Ces conséquences indirectes sur la santé sont généralement liées à des facteurs comme une eau en quantité et en qualité insuffisantes, la défaillance des systèmes d'assainissement, l'interruption ou la diminution de l'accès aux services de santé, et la détérioration de la sécurité alimentaire. L'insécurité, les restrictions à la liberté de mouvement, les déplacements de population et la dégradation des conditions de vie (surpopulation et hébergements inadéquats) peuvent aussi menacer la santé publique. Enfin, le changement climatique peut encore augmenter la vulnérabilité des populations et accroître les risques auxquels elles sont exposées.

Les objectifs premiers des interventions humanitaires dans les situations de crise sont de prévenir et de réduire la surmortalité et la surmorbidity. Le principal objectif est de limiter le taux brut de mortalité et le taux de mortalité chez les moins de 5 ans à un niveau égal ou inférieur au double des taux de référence connus pour la population concernée avant la catastrophe (voir le tableau sur la mortalité de référence par région, page 357). Différents types de catastrophes sont associés à des échelles et des schémas différents de mortalité et de morbidité (voir le tableau sur l'impact de diverses catastrophes sur la santé publique, page 335), et les besoins sanitaires des populations affectées varieront par conséquent en fonction du type et de l'ampleur des catastrophes.

La contribution du secteur de la santé consiste à fournir les services de santé essentiels, notamment à mener des interventions de prévention et de promotion de la santé qui permettront de réduire effectivement les risques. Les services de santé essentiels sont des interventions prioritaires qui vont s'intéresser aux causes principales de la mortalité et de la morbidité excessives. La mise en place de tels services doit s'appuyer sur des mesures visant à renforcer le système de santé. La manière dont les interventions sanitaires sont planifiées, organisées et menées après une catastrophe peuvent renforcer ou, au contraire, affaiblir le système de santé existant et sa capacité future de relèvement et de développement.

Il est donc nécessaire d'analyser le système de santé existant pour en déterminer le niveau de performance et identifier les principaux obstacles à la fourniture des services de santé et à leur accès. Dans les premières phases d'une catastrophe, les informations dont on dispose peuvent se révéler incomplètes, et des décisions importantes pour la santé publique devront peut-être être prises sans que l'on ait toutes les données pertinentes. Une évaluation multisectorielle doit donc être menée dès que possible (voir le standard essentiel 3, page 69).

L'intervention sera d'autant meilleure qu'on s'y sera mieux préparé. La préparation repose sur une analyse des risques et est étroitement liée aux systèmes d'alerte précoce. Elle comprend les éléments suivants : mise au point de plans de secours, constitution de stocks de matériel et de fournitures, création ou maintien de services d'intervention d'urgence et de dispositifs de mise en alerte, communications, dispositif de gestion et de coordination de l'information, formation du personnel, planification au niveau communautaire, et entraînements et exercices. Le respect des normes de construction peut réduire considérablement le nombre de morts et de blessés graves lors d'un tremblement de terre, et avoir pour effet que les structures de soins restent opérationnelles après une catastrophe.

Impact de diverses catastrophes sur la santé publique

NB : Pour les mêmes types de catastrophe, les schémas de morbidité et de mortalité varient de manière significative selon le contexte.

Effet	Urgences complexes	Tremblements de terre	Vents violents (sans inondation)	Inondations	Crues subites/ tsunamis
<i>Décès</i>	Nombreux	Nombreux	Peu nombreux	Peu nombreux	Nombreux
<i>Traumatismes graves</i>	Variables	Nombreux	Nombre modéré	Peu nombreux	Peu nombreux
<i>Risque accru de maladies transmissibles</i>	Important	Variable*	Faible	Variable*	Variable*
<i>Pénurie alimentaire</i>	Courante	Rare	Rare	Variable	Courante
<i>Déplacements importants de population</i>	Courants	Rares (peuvent avoir lieu dans les zones urbaines très endommagées)	Rare (peuvent avoir lieu dans les zones urbaines très endommagées)	Courants	Variables

* Dépend du déplacement et des conditions de vie de la population après la catastrophe.

Source : adapté de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 1981.



Liens avec les autres chapitres

En raison de l'impact des divers déterminants de la santé sur l'état de santé des populations, nombre des standards figurant dans les autres chapitres concernent aussi le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des standards d'un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès effectués dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. La coordination avec les autorités locales, les autres agences participant à l'intervention et les associations locales est, elle aussi, nécessaire pour que les besoins soient satisfaits, que les efforts déployés ne fassent pas double emploi, que les ressources soient utilisées de manière optimale, et que les services de santé soient d'une qualité adéquate. Le cas échéant, on fera référence à des standards ou à des notes d'orientation spécifiques figurant dans d'autres chapitres techniques. On renverra également à des standards associés et complémentaires.

Liens avec les principes de protection et les standards essentiels

Pour réaliser les standards énoncés dans ce manuel, toutes les agences humanitaires doivent être guidées par les principes de protection, même si elles n'ont pas spécifiquement un mandat de protection ou ne sont pas spécialisées dans ce domaine. Les principes ne sont pas « absolus » : on sait que les circonstances peuvent limiter la mesure dans laquelle les agences parviennent à les appliquer. Ils sont néanmoins le reflet de préoccupations humanitaires universelles qui doivent guider l'action en tout temps.

Les standards essentiels couvrent l'intervention humanitaire centrée sur les personnes; la coordination et la collaboration; l'évaluation; la conception et l'intervention proprement dite; la performance, la transparence et l'apprentissage; et la performance des travailleurs humanitaires. Ils constituent un point de référence unique pour les modes d'action qui sous-tendent tous les autres standards du manuel. On ne peut donc atteindre les standards spécifiques de chaque chapitre technique sans appliquer en parallèle ces standards essentiels. C'est ainsi que, en particulier, pour qu'une intervention soit pertinente et de qualité, il faut faire participer le plus possible la population touchée par la catastrophe, notamment les groupes et les individus qui courent le plus de risques en cas de catastrophe.

Facteurs de vulnérabilité et capacités des populations touchées par une catastrophe

Cette section est conçue pour être utilisée en parallèle avec les standards essentiels et les renforcer.

Il faut bien comprendre que le fait d'être jeune ou vieux, d'être une femme ou une personne handicapée ou vivant avec le VIH, ne rend pas en soi la personne plus vulnérable ni ne l'expose à un risque accru. C'est plutôt la conjonction de plusieurs facteurs qui conduit à ce résultat. Une personne de plus de 70 ans, par exemple, vivant seule et en mauvaise santé, sera sans doute plus vulnérable qu'une personne du même âge dans le même état de santé, mais vivant dans une famille élargie et jouissant de revenus suffisants. De la même manière, une petite fille de 3 ans est beaucoup plus vulnérable si elle est non accompagnée que si elle pouvait bénéficier des soins de parents responsables.

Tandis que les standards sur l'action sanitaire sont appliqués et les actions clés mises en œuvre, une analyse des facteurs de vulnérabilité et des capacités permet de faire en sorte que les efforts déployés dans l'intervention aident effectivement celles et ceux qui ont droit à une assistance et qui en ont le plus besoin. Ceci exige une bonne connaissance du contexte local et de la manière dont telle ou telle situation de crise a des conséquences différentes pour les différents groupes de personnes en raison de facteurs de vulnérabilité préexistants (par exemple, une situation d'extrême pauvreté ou de discrimination), de leur exposition à diverses menaces pour leur sécurité (par exemple, les actes de violence liés au sexe, dont l'exploitation sexuelle), de l'incidence et de la prévalence des maladies (maladie à VIH ou tuberculose, notamment) et des risques d'épidémies (comme la rougeole ou le choléra). Les catastrophes peuvent exacerber les inégalités préexistantes. En fait, il est essentiel de soutenir les stratégies d'adaptation, la résilience et la capacité de récupération de la population affectée. Il faut encourager ses connaissances, son savoir-faire et ses stratégies, et son accès à des services d'appui social, juridique, financier et psychosocial. Il faut en outre l'aider à surmonter les divers obstacles physiques, culturels, économiques et sociaux qui peuvent l'empêcher un accès équitable à ces services.

Ci-après quelques mesures importantes visant à ce que les droits et les capacités de toutes les personnes vulnérables soient dûment pris en compte :

- ▶ optimiser la participation de sorte qu'elle englobe tous les groupes représentatifs, en particulier ceux qui sont les moins visibles (comme les personnes ayant des difficultés à communiquer ou à se déplacer, celles qui vivent en institution, les jeunes ostracisés et d'autres groupes sous-représentés, voire pas du tout représentés) ;



- ▶ ventiler les données par sexe et par âge (de 0 à 80 ans et au-delà) au cours de l'évaluation – élément important pour que le secteur l'action sanitaire prenne bien en compte la diversité des populations ;
- ▶ veiller à ce que tous les membres de la communauté soient informés de leur droit de savoir à quoi ils ont droit, et ce de manière complète et accessible.

Les standards minimums

1. Systèmes de santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le système de santé comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé ». Cette définition recouvre l'éventail complet des acteurs engagés dans la fourniture, le financement et la gestion des services de santé, les efforts déployés pour influencer les déterminants de la santé, et la fourniture de services de santé elle-même – et ceci, à quelque niveau que ce soit : central, régional, district, communautés et ménages.

Les standards Sphère sur les systèmes de santé sont organisés selon le cadre des systèmes de santé de l'OMS, qui comprend six grandes fonctions essentielles ou *building blocks* : leadership, ressources humaines, médicaments et matériel médical, financement de la santé, gestion de l'information sanitaire et prestation de services. Toutes ces fonctions sont reliées entre elles par de nombreuses interconnexions et interactions, et une action touchant l'une d'elles peut aussi avoir des répercussions sur les autres. Ces blocs constitutifs des systèmes de santé représentent les fonctions indispensables pour la fourniture des services de santé essentiels. Les interventions sanitaires menées à la suite d'une catastrophe doivent être conçues et mises en œuvre de manière à contribuer au renforcement des systèmes de santé.

Standard 1 sur les systèmes de santé : fourniture des services de santé

Les membres de la population touchée par une catastrophe ont un accès égal à des services de santé efficaces, sûrs et de qualité qui sont standardisés et suivent des directives et des protocoles acceptés.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Fournir des services de santé au niveau approprié du système de santé. Il existe plusieurs niveaux : le ménage, la communauté, le dispensaire ou le poste de santé, le centre de santé et l'hôpital (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Adapter ou créer des protocoles de prise en charge de cas standardisés pour les maladies les plus fréquentes, en tenant compte des normes et des directives nationales (voir la note d'orientation 2).



- ▶ Créer ou renforcer un système d'orientation-recours standardisé et veiller à ce qu'il soit utilisé par toutes les agences (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Créer ou renforcer un système standardisé de triage dans tous les établissements médicaux, pour que les personnes dont l'état nécessite des secours d'urgence soient immédiatement traitées.
- ▶ Lancer des activités d'éducation et de promotion de la santé aux niveaux de la communauté et des établissements médicaux (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Instaurer et suivre des règles sûres et rationnelles d'utilisation du sang et des produits sanguins (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Veiller à ce que des services de laboratoire soient disponibles et utilisés quand c'est indiqué (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Éviter de créer des services de santé parallèles ou de remplacement, notamment des dispensaires mobiles et des hôpitaux de campagne (voir les notes d'orientation 7 et 8).
- ▶ Concevoir des services de santé qui garantissent aux patients le droit à l'intimité, à la confidentialité et au consentement éclairé (voir la note d'orientation 9).
- ▶ Mettre en œuvre des procédures appropriées de gestion des déchets, des mesures de sécurité et des méthodes de lutte contre les infections dans les établissements médicaux (voir les notes d'orientation 10 et 11 et le standard 1 sur la gestion des déchets solides, page 134).
- ▶ Traiter les dépouilles mortelles dans le respect de la dignité, d'une manière culturellement appropriée et sur la base de bonnes pratiques de santé publique (voir la note d'orientation 12 et le standard 1 sur la gestion des déchets solides, note d'orientation 8, page 138).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les établissements médicaux sont en nombre suffisant pour répondre aux besoins sanitaires essentiels de toute la population touchée par la catastrophe :
 - une unité de santé de base/10 000 personnes (les unités de santé de base sont des structures de soins de santé primaires où sont proposés des services de santé généraux)
 - un centre de santé/50 000 personnes
 - un hôpital de district ou un hôpital rural/250 000 personnes
 - >10 lits d'hospitalisation ou de maternité/10 000 personnes (voir la note d'orientation 1).

- ▶ Les taux d'utilisation des établissements médicaux sont de 2 à 4 nouvelles consultations/personne/an dans la population affectée, et >1 consultation/personne/an dans les populations rurales et dispersées (voir la note d'orientation 4 et l'annexe 3 : Formules pour calculer les indicateurs de santé clés).

Notes d'orientation

1. **Niveau de soins** : les établissements médicaux sont classés par catégories de niveau de soins en fonction de leur taille et des services qu'ils offrent. Le nombre et l'implantation des établissements médicaux requis varient en fonction du contexte.

Les systèmes de santé doivent aussi établir un processus qui assure la continuité des soins. La meilleure manière d'y arriver consiste à mettre en place un système d'orientation-recours efficace, surtout pour les interventions visant à sauver des vies. Le système d'orientation-recours doit fonctionner 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

2. **Normes et directives nationales** : d'une manière générale, les agences humanitaires doivent suivre les normes et directives sanitaires du pays où se fera l'intervention en cas de catastrophe, notamment en ce qui concerne les protocoles de traitement et les listes de médicaments essentiels. Lorsque ces normes et directives ne sont plus à jour ou ne correspondent pas à une pratique fondée sur des données probantes, il faut utiliser comme référence les normes internationales, et l'agence principale pour le secteur de la santé doit aider le ministère de la Santé à les actualiser.
3. **Promotion de la santé** : un programme actif de promotion de la santé communautaire doit être lancé en consultation avec les autorités sanitaires locales et les représentants des communautés, programme qui assure une représentation équilibrée des hommes et des femmes. Il doit fournir des informations sur les principaux problèmes de santé, les risques pour la santé, la disponibilité et l'emplacement des services de santé et les comportements qui protègent et promeuvent une bonne santé, et il doit décourager les pratiques délétères. Les messages et documents de santé publique doivent utiliser un langage et des médias appropriés, être sensibles aux facteurs culturels et faciles à comprendre. Les écoles et les espaces aménagés pour les enfants sont des lieux importants pour diffuser l'information et toucher à la fois parents et enfants (voir les Normes minimales pour l'éducation du Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (Inter-Agency network for education in emergencies, INEE) : norme 3 relative à l'accès et à l'environnement d'apprentissage).



- 4. Taux d'utilisation des services de santé :** il n'existe pas de seuil minimum d'utilisation des services de santé dans la mesure où cette utilisation varie selon le contexte. Dans les populations rurales stables et dispersées, le taux d'utilisation devrait être d'au moins 1 nouvelle consultation/personne/an. Dans les populations touchées par une catastrophe, on peut s'attendre à une moyenne de 2 à 4 nouvelles consultations/personne/an. Si le taux est plus bas que prévu, cela peut signifier un accès inadéquat aux services de santé. S'il est plus élevé, ce peut être le signe d'une surutilisation due à un problème spécifique de santé publique ou à une sous-évaluation de la population cible. Lors de l'analyse des taux d'utilisation, il faut idéalement ventiler les chiffres de l'utilisation par sexe, âge, origine ethnique et incapacité (voir l'annexe 3 : Formules pour calculer les indicateurs de santé clés).
- 5. Sécurité des transfusions sanguines :** les efforts dans ce domaine doivent être coordonnés avec le service national de transfusion sanguine, s'il existe. La collecte de sang ne peut s'effectuer qu'auprès de donateurs volontaires non rémunérés. De bonnes pratiques de laboratoire doivent être mises en place, notamment en ce qui concerne le dépistage des infections transmissibles par le sang, la détermination des groupes sanguins, les tests de compatibilité, la production de composants sanguins (fractions sanguines), et le stockage et le transport des produits sanguins. Les transfusions superflues peuvent être réduites par un bon usage clinique des produits sanguins, y compris par l'utilisation de produits de transfusion alternatifs (crystalloïdes et colloïdes), quand c'est possible. Le personnel clinique concerné doit être bien formé pour assurer la sécurité des transfusions et leur bonne utilisation clinique.
- 6. Services de laboratoire :** les maladies transmissibles les plus répandues peuvent être diagnostiquées cliniquement (par exemple, diarrhées, infections aiguës des voies respiratoires) ou à l'aide de tests de diagnostic rapide ou d'examens microscopiques (paludisme, entre autres). Les tests en laboratoire sont très utiles pour confirmer la cause d'une flambée suspecte, mettre des souches pathogènes en culture et tester leur sensibilité aux antibiotiques afin d'aider à la prise de décisions en matière de gestion des cas (de dysenterie, par exemple), et choisir les vaccins lorsqu'une vaccination de masse est indiquée (méningite à méningocoques, par exemple). Pour certaines maladies non transmissibles, comme le diabète, les tests en laboratoire sont essentiels pour poser un diagnostic et prescrire un traitement.
- 7. Dispensaires mobiles :** dans certaines situations de catastrophe, il peut s'avérer nécessaire d'organiser des consultations itinérantes pour répondre aux besoins de populations isolées ou mobiles qui ont un accès limité aux soins de santé. Les dispensaires mobiles ont également démontré leur importance primordiale lorsqu'il s'agit d'accroître l'accès au traitement lors de flambées épidémiques (de paludisme, notamment) où l'on peut s'attendre à

un nombre élevé de cas. Ces dispensaires ne doivent être organisés qu'après consultation avec l'agence principale pour le secteur de la santé et avec les autorités locales (voir le standard 6 sur les systèmes de santé, page 353).

8. **Hôpitaux de campagne** : dans certaines situations, des hôpitaux de campagne peuvent être la seule façon d'assurer les soins de santé, lorsque les hôpitaux existants sont gravement endommagés, voire détruits. Cependant, il est généralement plus efficace de fournir des ressources aux hôpitaux existants, afin qu'ils puissent se remettre au travail ou faire face à une demande supplémentaire. Il peut s'avérer utile de déployer des hôpitaux de campagne pour soigner immédiatement les traumatismes (premières 48 heures), apporter les soins secondaires consécutifs à un traumatisme et prendre en charge les opérations chirurgicales courantes et les urgences obstétriques (jours 3 à 15), ou pour se substituer temporairement à un hôpital local endommagé jusqu'à ce qu'il soit reconstruit. Les hôpitaux de campagne jouissant d'une grande visibilité, il arrive souvent que les gouvernements donateurs exercent une pression politique importante pour les installer. Il est néanmoins important de ne prendre de décision d'installation d'hôpitaux de campagne qu'en se fondant sur les besoins constatés et sur la valeur ajoutée que représenteraient ces hôpitaux.

9. **Droits des patients** : les établissements et les services de santé doivent être conçus de manière à garantir l'intimité et la confidentialité. Il faut obtenir le consentement éclairé des patients (ou de leur tuteur, s'ils ne sont pas en mesure de le donner) avant d'entreprendre des procédures médicales ou chirurgicales. Le personnel de santé doit comprendre que les patients ont le droit de savoir ce que signifie chaque procédure, les bénéfices qu'ils peuvent en attendre, les risques potentiels, le coût et la durée.

10. **Lutte contre les infections en milieu de soins et sécurité des patients** : pour que les interventions lors de catastrophes soient efficaces, des programmes continus de prévention et de lutte contre les infections doivent être mis en œuvre aux niveaux tant national que périphérique, ainsi qu'au niveau des divers établissements médicaux. Dans ces derniers, les programmes doivent comporter les éléments suivants :
 - des politiques précises de prévention et de lutte contre les infections (par exemple, des mesures de routine et des mesures supplémentaires de lutte contre les infections pour parer à des menaces éventuelles) ;
 - des techniciens qualifiés et fortement motivés (équipe de prévention et de lutte contre les infections) qui s'occuperont du programme dans des limites et avec des fonctions et des responsabilités définies ;
 - un système d'alerte précoce pour la détection des flambées de maladies transmissibles ;



- un budget précis pour les activités (par exemple, formation du personnel) et le matériel permettant de réagir en cas d'urgence ;
 - des précautions standard renforcées et des précautions supplémentaires définies spécifiquement pour une maladie épidémique ;
 - des mesures administratives (par exemple, politique d'isolement) et des mesures environnementales et d'ingénierie (par exemple, amélioration des systèmes de ventilation) ;
 - l'utilisation d'équipements de protection personnels ;
 - le suivi des pratiques en matière de prévention et de lutte contre les infections et le réexamen régulier des recommandations.
- 11. Déchets de soins :** les déchets dangereux produits dans les établissements médicaux peuvent être triés en déchets infectieux non piquants/tranchants, objets piquants/tranchants et déchets ordinaires non infectieux. Une mauvaise prise en charge des déchets de soins expose potentiellement le personnel de santé, les nettoyeurs, les personnes manipulant les déchets, les patients et les autres membres de la communauté à des infections telles que l'infection à VIH et les hépatites B et C. Un tri sélectif approprié du point d'origine des déchets jusqu'aux procédures finales d'élimination spécifique par catégories doit être opéré, pour que le risque d'infection soit réduit au minimum. Le personnel chargé de la manutention des déchets de soins doit être correctement formé et porter un équipement de protection (des gants et des bottes sont un minimum). Le traitement doit se faire en fonction des types de déchets : par exemple, les déchets infectieux non piquants/tranchants et les objets piquants/tranchants doivent être éliminés dans des fosses sécurisées ou incinérés.
- 12. Traitement des dépouilles mortelles :** lorsque les catastrophes entraînent une forte mortalité, il faut s'occuper de nombreuses dépouilles. L'inhumation d'un grand nombre de restes humains dans des fosses communes est souvent fondée sur la croyance erronée qu'ils représentent un risque sanitaire s'ils ne sont pas inhumés ou incinérés immédiatement. Ce n'est que dans quelques cas spéciaux (décès dus au choléra ou à des fièvres hémorragiques) que des restes humains constituent un risque pour la santé et exigent des précautions particulières. Les corps ne doivent pas être enterrés sans cérémonie dans des fosses communes. Les gens doivent avoir la possibilité d'identifier les membres de leur famille et d'organiser des funérailles conformes à leurs pratiques culturelles. Les inhumations massives peuvent être un obstacle à l'obtention de certificats de décès indispensables pour entreprendre des démarches juridiques. Si les défunts sont des victimes de violence, il faut penser aux questions médico-légales (voir le standard 2 sur les abris et l'habitat, note d'orientation 3, page 295).

Standard 2 sur les systèmes de santé : ressources humaines

Les services de santé sont assurés par un personnel formé et qualifié ayant les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Passer en revue les niveaux de dotation en personnel et les capacités – un aspect essentiel de l'évaluation sanitaire de référence.
- ▶ Rectifier les déséquilibres dans le nombre de membres du personnel, l'éventail de leurs compétences, la proportion hommes-femmes ou la représentation des groupes ethniques, si possible (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Soutenir les agents de santé locaux et assurer leur intégration complète dans les services de santé en fonction de leurs compétences (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant de travailleurs auxiliaires chargés des fonctions d'appui dans chaque établissement de santé.
- ▶ Former le personnel clinique à l'utilisation des protocoles et des directives cliniques (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Assurer régulièrement au personnel une supervision positive visant à ce qu'il respecte les normes et les directives, avec notamment communication des commentaires y relatifs.
- ▶ Standardiser les programmes de formation et les classer par ordre de priorité en fonction des principaux besoins sanitaires et des lacunes de compétences.
- ▶ Veiller à ce que tous les agents de santé reçoivent une rémunération correcte et fiable, définie d'un commun accord avec toutes les agences concernées et en collaboration avec les autorités sanitaires nationales.
- ▶ Garantir un milieu de travail sûr, notamment en termes d'hygiène de base et de protection de tous les agents de santé.

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Il y a au moins 22 agents de santé qualifiés (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 personnes (voir la note d'orientation 1) :
 - au moins un médecin pour 50 000 personnes
 - au moins un membre diplômé du personnel infirmier pour 10 000 personnes
 - au moins une sage-femme pour 10 000 personnes



- ▶ Il y a au moins
 - un agent de santé communautaire pour 1 000 personnes
 - un superviseur pour 10 visiteurs à domicile
 - un superviseur principal
- ▶ Les médecins cliniciens ne doivent pas constamment avoir plus de 50 patients par jour. Si ce seuil est régulièrement franchi, il faut recruter d'autres cliniciens (voir la note d'orientation 1 et l'annexe 3 : Formules pour calculer les indicateurs de santé clés).

Notes d'orientation

1. **Niveaux de dotation en personnel** : le personnel de santé comprend tout un ensemble de catégories, dont les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes, les médecins cliniciens ou les médecins assistants, les techniciens de laboratoire, les pharmaciens, les agents de santé communautaires, etc., ainsi que du personnel de gestion et d'appui. Il n'y a pas de consensus quant au nombre optimum d'agents de santé pour une population donnée, et cela peut varier d'un contexte à l'autre. Toutefois, il existe une corrélation entre les agents de santé dont on dispose et la couverture des interventions sanitaires. Par exemple, la seule présence d'une femme agent de santé ou d'un représentant d'un groupe ethnique marginalisé peut faire beaucoup pour accroître l'accès des femmes ou des membres des minorités aux services de santé. Tout déséquilibre dans la dotation en personnel doit être rectifié par un redéploiement du personnel existant ou le recrutement d'agents de santé dans les zones où ils font cruellement défaut par rapport aux besoins (voir le standard essentiel 6, page 82).
2. **Formation et supervision du personnel** : les agents de santé devraient avoir la formation, les compétences et l'encadrement correspondant à leur niveau de responsabilité. Les agences humanitaires ont l'obligation de former et de superviser leur personnel pour que ses connaissances soient à jour. La formation et la supervision doivent être largement prioritaires, surtout si le personnel n'a pas bénéficié d'une formation continue ou lorsque de nouveaux protocoles sont appliqués. Dans la mesure du possible, les programmes de formation doivent être standardisés et classés par ordre de priorité en fonction des besoins sanitaires clés et des lacunes de compétences qui auraient été relevées au cours de la supervision. Il faut garder la trace de qui a été formé à quoi et par qui, quand et où. Ces renseignements doivent être communiqués au département des ressources humaines des autorités sanitaires locales (voir le standard essentiel 6, page 82).

Standard 3 sur les systèmes de santé : médicaments et matériel médical

La population touchée par une catastrophe a accès à un approvisionnement régulier en médicaments essentiels et en produits consommables.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Passer en revue dès le début de l'intervention les listes existantes de médicaments essentiels du pays touché par la catastrophe, pour s'assurer qu'elles conviennent (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Établir et valider une liste standardisée de médicaments essentiels et de matériel médical qui contienne des articles appropriés aux besoins de santé et adaptés au niveau de compétences des agents de santé (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Mettre en place ou adapter un système efficace de gestion des médicaments (voir la note d'orientation 3).
- ▶ S'assurer que l'on dispose des médicaments essentiels pour traiter les maladies les plus fréquentes.
- ▶ N'accepter les dons en médicaments que s'ils respectent les directives reconnues au niveau international. Ne pas utiliser les dons ne respectant pas ces directives et les éliminer de manière sûre.

Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Aucun établissement médical n'est en rupture de stock pendant plus d'une semaine pour les médicaments essentiels et produits traceurs choisis (voir la note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. **Liste des médicaments essentiels** : la plupart des pays ont établi une liste de médicaments essentiels. Ce document doit être réexaminé, le cas échéant, en consultation avec l'autorité sanitaire principale dès le début de l'intervention faisant suite à la catastrophe, afin de voir s'il convient. Il sera parfois nécessaire de le modifier, par exemple s'il y a des preuves d'une résistance aux antimicrobiens recommandés. S'il n'existe pas encore de liste actualisée, il convient de suivre les directives données par l'OMS, comme



les listes modèles de médicaments essentiels de l'OMS. L'utilisation de kits standard préemballés doit se limiter aux phases initiales de la catastrophe.

2. **Matériel médical** : il faut veiller à dresser une liste du matériel médical nécessaire à différents niveaux de soins. Cette liste doit tenir compte des niveaux de compétence du personnel.
3. **Gestion des médicaments** : les agences de santé doivent mettre en place un système efficace de gestion des médicaments. Le but d'un tel système est d'assurer l'utilisation judicieuse, rationnelle et d'un bon rapport coût-efficacité de médicaments de qualité, le stockage, et l'élimination correcte des médicaments périmés. Ce système doit reposer sur les quatre éléments clés du cycle de gestion des médicaments : sélection, acquisition, distribution et utilisation.
4. **Produits traceurs** : il s'agit notamment d'une liste de médicaments essentiels choisis pour évaluer régulièrement le fonctionnement du système de gestion des médicaments. Les produits choisis comme traceurs doivent être pertinents par rapport aux priorités locales en matière de santé publique et disponibles à tout moment dans les établissements médicaux. À titre d'exemple, on citera l'amoxicilline et le paracétamol.

Standard 4 sur les systèmes de santé : financement de la santé

La population touchée par une catastrophe peut accéder gratuitement aux services de soins de santé primaires pendant la durée de celle-ci.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Identifier et mobiliser des ressources financières qui permettent de fournir gratuitement des services de santé sur place à la population touchée pendant la durée de la catastrophe (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Lorsque le système d'État fait payer des frais d'utilisation pour ses services, faire le nécessaire pour qu'ils soient supprimés ou suspendus temporairement pendant la durée de l'intervention menée en réponse à la catastrophe (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Apporter un soutien financier et technique au système de santé pour couvrir tout manque à gagner résultant de la suppression ou de la suspension des frais médicaux et pour faire face à une demande accrue de services de santé (voir la note d'orientation 1).

Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les services de soins de santé primaires sont fournis gratuitement à la population touchée par la catastrophe dans tous les établissements publics ou relevant d'organisations non gouvernementales, pendant la durée de l'intervention.

Notes d'orientation

1. **Financement de la santé** : le coût de la prestation de services de santé essentiels varie en fonction du contexte. Les éléments à prendre en compte comprennent le système de santé existant, la population touchée par la catastrophe et les besoins sanitaires spécifiques qui en découlent. La Commission de l'OMS sur la macroéconomie et la santé estime que, pour assurer un ensemble minimum de services de santé essentiels, il faut compter sur une dépense d'au moins 40 dollars par personne et par an dans les pays à faible revenu (chiffres de 2008). Les services de santé dans des situations de catastrophe coûteront vraisemblablement plus cher que dans les contextes stables.
2. Les **frais médicaux** sont les paiements effectués directement par les bénéficiaires à l'endroit où ils reçoivent les services. Les frais médicaux sont un obstacle aux soins de santé et font que les personnes pauvres et vulnérables ne se font pas soigner comme il le faudrait quand elles en ont besoin. Un principe humanitaire fondamental est que les services et les biens mis à disposition par les agences humanitaires doivent être gratuits pour les bénéficiaires. Quand ce n'est pas possible, on peut envisager de distribuer aux membres de la population affectée de l'argent ou des bons d'achat qui devraient leur permettre d'accéder aux services de santé (voir le standard 1 sur la sécurité alimentaire – transferts d'argent liquide et de bons d'achat, page 232). La suppression des frais d'utilisation doit être accompagnée d'autres mesures visant à aider le système de santé à compenser le revenu auquel il renonce et l'utilisation accrue (par exemple, en versant des incitatifs au personnel de santé ou en fournissant des médicaments supplémentaires). L'accessibilité et la qualité des services doivent faire l'objet d'un suivi après la suppression de ces frais.



Standard 5 sur les systèmes de santé : gestion de l'information sanitaire

La conception et la fourniture des services de santé sont guidées par la collecte, l'analyse, l'interprétation et l'utilisation de données pertinentes pour la santé publique.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Décider d'utiliser le système d'information sanitaire existant, de l'adapter ou d'en utiliser un autre (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Entreprendre, le cas échéant, des évaluations et des enquêtes pour recueillir des informations qui ne sont pas disponibles dans le système d'information sanitaire et qui sont cruciales pour pouvoir décider quels services de santé sont prioritaires (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Élaborer et /ou utiliser des définitions de cas standardisées pour toutes les maladies et tous les états de santé sur lesquels il faudra faire rapport, et veiller à ce qu'elles soient utilisées par toutes les agences.
- ▶ Concevoir, pour intégration dans le système d'information sanitaire, des systèmes de surveillance et d'alerte précoce pour la détection des flambées épidémiques, et s'appuyer sur le système d'information sanitaire existant quand c'est possible (voir le standard 3 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, page 363, et l'annexe 2 : Exemples de formulaire de rapport hebdomadaire de surveillance).
- ▶ Identifier et signaler les maladies et les états de santé prioritaires au moyen du système d'information sanitaire.
- ▶ Toutes les agences participant à l'intervention se mettent d'accord pour utiliser les mêmes chiffres (pour le chiffre de population, par exemple), et les utilisent (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Les établissements médicaux et les agences de santé transmettent régulièrement à l'agence principale des données sur la surveillance des maladies et d'autres informations sanitaires. La fréquence de ces rapports variera en fonction du contexte et du type de données (quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles, notamment).
- ▶ Utiliser des données supplémentaires de manière cohérente à partir d'autres sources pertinentes, comme les enquêtes, pour interpréter les données de surveillance et guider la prise de décisions (voir la note d'orientation 2).

- ▶ Prendre les précautions adéquates pour protéger les données afin de garantir les droits et la sécurité des personnes et des populations (voir la note d'orientation 4).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les établissements médicaux et les agences de santé transmettent régulièrement à l'agence principale (*lead agency*) un rapport sur le système d'information sanitaire et ce dans les 48 heures qui suivent la fin de la période couverte par le rapport.
- ▶ Tous les établissements médicaux et les agences de santé font rapport sur les maladies pouvant déclencher des épidémies dans les 24 heures qui suivent le début de la maladie (voir le standard 3 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, page 363).
- ▶ L'agence principale produit régulièrement un rapport global sur l'information sanitaire, qui comprend une analyse et une interprétation des données épidémiologiques, ainsi qu'un rapport sur la couverture et l'utilisation des services de santé.

Notes d'orientation

1. **Système d'information sanitaire** : un système de surveillance doit être élaboré à partir du système d'information sanitaire existant, quand c'est possible. Dans certaines catastrophes, un système d'information sanitaire nouveau ou parallèle peut se révéler indispensable ; cela dépendra de l'évaluation de la performance et de la pertinence du système d'information sanitaire existant, ainsi que des informations nécessaires pour la catastrophe considérée. Tout au long de l'intervention, les données sanitaires devraient comprendre les éléments suivants, dont la liste n'est pas exhaustive :
 - nombre de décès par établissement de santé, y compris pour les moins de 5 ans
 - mortalité proportionnelle
 - mortalité due à une cause spécifique
 - incidence des maladies les plus courantes
 - morbidité proportionnelle
 - taux d'utilisation des établissements médicaux
 - nombre de consultations/clinicien/jour
2. **Sources de données** : l'interprétation et l'utilisation des données sur les établissements médicaux doivent tenir compte de la source d'information et de ses limites. Dans un système d'information sanitaire complet, il est capital d'utiliser des données supplémentaires pour la prise de décisions, par



exemple des estimations de la prévalence des maladies et des informations sur les comportements visant à protéger la santé. Parmi les autres sources de données qui peuvent améliorer l'analyse, on citera les enquêtes de population, les rapports de laboratoires et les mesures de la qualité des services. Les enquêtes et les évaluations doivent répondre à des critères de qualité reconnus au niveau international et utiliser des outils et des protocoles standardisés. Quand c'est possible, elles doivent être soumises à un comité d'examen collégial.

3. **Ventilation des données** : dans la mesure du possible, pour guider la prise de décisions, les données doivent être ventilées par sexe, âge, vulnérabilité de certaines personnes, population touchée par la catastrophe et population d'accueil, et par contexte (par exemple, dans un camp ou non). Une ventilation détaillée peut s'avérer difficile dans les premières phases d'une situation d'urgence. Toutefois, il faut au minimum isoler les données de mortalité et de morbidité chez les moins de 5 ans. Si le temps disponible et les circonstances le permettent, on procédera à une ventilation plus détaillée pour détecter d'éventuelles inégalités et personnes vulnérables (voir le standard essentiel 3, page 69).
4. **Confidentialité** : toutes les précautions doivent être prises pour protéger la sécurité des personnes ainsi que les données elles-mêmes. Les membres du personnel ne doivent jamais divulguer d'informations concernant un patient à une personne qui ne soit pas directement impliquée dans les soins à ce patient sans avoir obtenu au préalable la permission de celui-ci. Il faut faire particulièrement attention aux personnes présentant un déficit intellectuel, mental ou sensoriel qui peut compromettre leur capacité à donner un consentement éclairé. Les données relatives à des traumatismes causés par la torture ou d'autres violations des droits humains, notamment des agressions sexuelles, doivent être traitées avec la plus grande prudence. On peut envisager de transmettre ces informations à des institutions ou autres acteurs compétents si la personne concernée donne son consentement éclairé (voir le standard 1 sur les systèmes de santé, page 339, et le principe de protection 1, notes d'orientation 7 à 12, pages 40 et 41).

On trouvera à l'annexe 2 des exemples de formulaire concernant la surveillance de la mortalité et de la morbidité et le système d'alerte précoce et, à l'annexe 3, les formules de calcul des indicateurs de santé clés.

Standard 6 sur les systèmes de santé : leadership et coordination

La population touchée par une catastrophe a accès à des services de santé qui sont coordonnés entre les agences et les différents secteurs pour avoir le meilleur impact possible.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Veiller à ce que des représentants du ministère de la Santé soient responsables de la coordination du secteur de la santé ou, au moins, soient étroitement impliqués dans cette coordination, lorsque c'est possible.
- ▶ Lorsque le ministère de la Santé ne peut ou ne souhaite pas assumer la conduite de l'intervention, il faudra désigner une autre agence qui ait les capacités requises pour prendre la tête de la coordination du secteur de la santé (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Organiser régulièrement des réunions de coordination pour les partenaires locaux et extérieurs aux niveaux central et infranational et au niveau du terrain, tant au sein du secteur de la santé qu'entre le secteur de la santé et les autres secteurs et groupes thématiques intersectoriels compétents (voir la note d'orientation 3 et le standard essentiel 2, page 66).
- ▶ Préciser et répertorier les responsabilités et les capacités spécifiques de chaque agence de santé, afin d'assurer une couverture optimale de la population (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Mettre en place des groupes de travail au sein du mécanisme de coordination sanitaire chaque fois qu'une situation particulière l'exige (par exemple, préparation et réponse à une flambée épidémique, santé génésique).
- ▶ Produire et diffuser régulièrement des informations à jour et des bulletins sur le secteur de la santé.

Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ L'agence principale a élaboré un document sur la stratégie d'action du secteur de la santé qui établit l'ordre de priorité des interventions et définit les rôles qui incombent respectivement à elle-même et aux agences partenaires dès l'apparition de la situation d'urgence (voir la note d'orientation 2).



Notes d'orientation

- 1. *L'agence principale de santé*** : le ministère de la Santé devrait jouer le rôle d'agence principale et assumer la responsabilité de conduire l'intervention dans le secteur de la santé. Dans certaines situations, il peut arriver qu'il ne soit pas en mesure de le faire de manière efficace et impartiale, ou ne souhaite pas le faire. Dans ce cas, c'est généralement l'OMS, en tant qu'institution chef de file chargée de la santé dans le monde, qui jouera ce rôle. S'il arrive que ni le ministère de la Santé ni l'OMS ne puissent le faire, une autre agence peut être appelée à coordonner les activités. L'agence principale de santé doit s'assurer que les autres agences de santé participantes coordonnent leurs activités avec les autorités sanitaires locales et qu'elles soutiennent les capacités des systèmes de santé locaux (voir le standard essentiel 2, page 66).
- 2. *Stratégie pour le secteur de la santé*** : une des responsabilités importantes de l'agence principale de santé est de mettre au point une stratégie globale pour l'intervention d'urgence au sein du secteur de la santé. Idéalement, un document doit être produit qui précise les priorités et les objectifs assignés à ce secteur et présente les stratégies à appliquer pour les réaliser. Ce document doit être élaboré après consultation avec les agences concernées et les représentants des communautés, dans le cadre d'un processus aussi largement participatif que possible.
- 3. *Les réunions de coordination*** doivent être orientées vers l'action et être un lieu de rencontre où l'information est partagée et où les priorités sont définies et suivies, les stratégies communes en matière de santé mises au point et adaptées, les tâches spécifiques attribuées, les protocoles standardisés et les interventions acceptées d'un commun accord. C'est aussi au cours de ces réunions que l'on s'assure que tous les partenaires de l'intervention sanitaire utilisent, dans la mesure du possible, les mêmes chiffres, les mêmes outils, les mêmes directives et les mêmes standards. Les réunions doivent être plus fréquentes au début de la catastrophe.

2. Services de santé essentiels

Les services de santé essentiels sont des services de santé préventifs et curatifs appropriés pour répondre aux besoins sanitaires des populations touchées par une catastrophe. Il s'agit d'interventions particulièrement efficaces pour prévenir et réduire la surmorbidity et la surmortalité dues à des maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi qu'aux conséquences de conflits et d'événements faisant un grand nombre de victimes. Durant les catastrophes, les taux de mortalité peuvent être extrêmement élevés, et il est important de déterminer les causes principales de morbidité et de mortalité pour être en mesure de concevoir des services de santé essentiels appropriés. Cette partie du chapitre sur l'action sanitaire décrit les standards sur les services de santé essentiels, qui sont regroupés en six sections : lutte contre les maladies transmissibles, santé infantile, santé sexuelle et génésique, traumatismes, santé mentale et maladies non transmissibles.

Standard 1 sur les services de santé essentiels : classement des services selon leur priorité

La population touchée par une catastrophe a accès à des services de santé qui sont classés par ordre de priorité pour répondre aux principales causes de surmortalité et de surmorbidity.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▀ Recueillir et analyser les données relatives aux problèmes et aux risques en matière de santé afin de cibler les principales causes de surmortalité et de surmorbidity, en coordination avec les autorités sanitaires locales (voir le standard essentiel 3, page 69).
- ▀ Recenser les personnes vulnérables (les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, etc.) qui peuvent être exposées à des risques particuliers (voir le principe de protection 2, page 41).
- ▀ Mettre en œuvre, par ordre de priorité, des services de santé qui soient appropriés, réalisables et efficaces pour réduire la morbidité et la mortalité excessives, en coordination avec les autorités sanitaires locales (voir la note d'orientation 1).



- ▶ Identifier les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé prioritaires et mettre en place des solutions pratiques pour les surmonter (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Dispenser les services de santé prioritaires en coordination avec tous les autres secteurs, groupes sectoriels et groupes thématiques transversaux (voir le standard essentiel 2, page 66).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Le taux brut de mortalité (TBM) est maintenu – ou réduit – à moins du double du taux de référence connu pour la population avant la catastrophe (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Le taux de mortalité chez les moins de 5 ans est maintenu – ou réduit – à moins du double du taux de référence connu pour la population avant la catastrophe (voir la note d'orientation 3).

Notes d'orientation

1. **Les services de santé prioritaires** sont des services de santé essentiels qui traitent avec efficacité les principales causes de surmortalité et de surmorbidity. Ils varient selon le contexte, notamment selon le type de catastrophe et son impact. Dans la mesure du possible, les services de santé prioritaires doivent fonder leur action sur des données factuelles et avoir un effet positif démontré sur la santé publique. Une fois que les taux de mortalité ont baissé et sont revenus à peu près à leur niveau de référence, une gamme plus complète de services de santé peut être mise en place au fil du temps (voir le standard essentiel 4, page 75).
2. **L'accès aux services de santé** sera basé sur les principes d'équité et d'impartialité, un accès égal devant être garanti à chacun en fonction de ses besoins et sans discrimination. Dans la pratique, l'implantation et la dotation en personnel des services de santé doivent être organisées pour assurer un accès et une couverture optimaux. Lors de la conception des services de santé, il faut tenir compte des besoins particuliers des personnes vulnérables. L'obstacle à l'accès peut être de nature physique, financière, comportementale ou culturelle. Il peut également y avoir des entraves à la communication. Il est donc essentiel d'identifier et de surmonter ces obstacles pour permettre l'accès aux services de santé prioritaires (voir le standard essentiel 3, page 69, et le principe de protection 2, page 41).
3. **Taux brut de mortalité (TBM) et taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5):** le TBM est l'indicateur de santé le plus utile pour suivre et évaluer la gravité d'une situation d'urgence. Un doublement, voire plus, du TBM de référence est l'indice d'une situation d'urgence sérieuse en termes de santé

publique qui appelle une intervention immédiate. Lorsque le taux de référence est inconnu ou de qualité douteuse, les agences concernées doivent faire l'impossible pour maintenir le TBM au moins au-dessous de 1/10 000/jour.

Le TMM5 est un indicateur plus sensible que le TBM. Si le taux de référence est inconnu ou de qualité douteuse, les agences concernées doivent faire l'impossible pour maintenir le TMM5 au moins au-dessous de 2/10 000/jour (voir l'annexe 3 : Formules pour calculer les indicateurs de santé clés).

Mortalité de référence par région

Région	Taux brut de mortalité Décès /10 000/ jour	Taux brut de mortalité Seuil d'urgence	Taux de mortalité chez les <5 ans Décès /10 000/ jour	Taux de mortalité chez les <5 ans Seuil d'urgence
Afrique sub-saharienne	0,41	0,8	1,07	2,1
Moyen-Orient et Afrique du Nord	0,16	0,3	0,27	0,5
Asie du Sud	0,22	0,4	0,46	0,9
Asie de l'Est et Pacifique	0,19	0,4	0,15	0,3
Amérique latine et Caraïbes	0,16	0,3	0,15	0,3
Europe centrale et orientale/CEI* et États baltes	0,33	0,7	0,14	0,3
Pays industrialisés	0,25	0,5	0,03	0,1
Pays en développement	0,22	0,4	0,44	0,9
Pays les moins avancés	0,33	0,7	0,82	1,7
Monde	0,25	0,5	0,40	0,8

* CEI : Communauté des États indépendants.

Source: UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2009* (données 2007).



2.1. Services de santé essentiels – Lutte contre les maladies transmissibles

La morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles ont tendance à augmenter dans les situations de catastrophe. Dans de nombreuses régions touchées par un conflit armé, on peut attribuer 60 à 90% des décès à quatre maladies infectieuses principales : infections aiguës des voies respiratoires, diarrhées, rougeole et paludisme, là où il est endémique. La malnutrition aiguë exacerbe ces maladies, surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Les flambées de maladies transmissibles sont beaucoup moins fréquemment associées aux catastrophes naturelles soudaines. Lorsque des flambées épidémiques se produisent, elles sont généralement associées à des facteurs de risque tels que des déplacements de population, le surpeuplement, des abris inadéquats, une eau insalubre et en trop faible quantité, et un niveau d'assainissement insuffisant.

Standard 1 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles : prévention

La population touchée par une catastrophe a accès à des informations et des services visant à prévenir les maladies transmissibles qui contribuent dans la mesure la plus importante à une morbidité et une mortalité excessives.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Élaborer et mettre en œuvre des mesures générales de prévention en coordination avec les secteurs concernés (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Mettre en œuvre des moyens appropriés de lutte antivectorielle pour le paludisme, la dengue et les autres maladies transmises par des vecteurs en fonction des données épidémiologiques locales (voir les notes d'orientation 2 et 3).
- ▶ Mettre en œuvre des mesures de prévention spécifiques pour chaque maladie, par exemple une vaccination de masse contre la rougeole selon l'indication (voir le standard 1 sur les services de santé essentiels – santé infantile, page 368).

Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ L'incidence des principales maladies transmissibles correspondant au contexte est stable (n'augmente pas).

Notes d'orientation

1. **Mesures générales de prévention** : elles portent notamment sur le bon aménagement du site, la fourniture d'eau salubre et de systèmes d'assainissement adaptés, l'accès à des installations sanitaires, la vaccination contre des maladies spécifiques, l'approvisionnement en nourriture saine et en quantité suffisante, la protection personnelle et la lutte antivectorielle, l'éducation à la santé communautaire et la mobilisation sociale. La plupart de ces interventions doivent être développées en coordination avec d'autres secteurs parmi lesquels :
 - Abris : en nombre suffisant et suffisamment espacés, convenablement aérés, protégeant des insectes et situés à bonne distance d'eaux stagnantes, à proximité d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement (voir les standards 1 à 3 sur les abris et l'habitat, pages 287 à 298, et le standard 2 sur les articles non alimentaires, page 313).
 - Eau, assainissement, hygiène : quantité suffisante d'eau salubre et d'installations adéquates, et promotion de l'hygiène (voir les standards 1 et 2 sur la promotion de l'hygiène, pages 104 et 107, les standards 1 à 3 sur l'approvisionnement en eau, pages 110 à 117, et les standards 1 et 2 sur l'évacuation des excréments, pages 120 et 122).
 - Hygiène de l'environnement, gestion sans risque des déchets et lutte antivectorielle (voir les notes d'orientation 2 et 3, le standard 4 sur les abris et l'habitat, page 303, les standards 1 à 3 sur la lutte antivectorielle, pages 128 à 133, le standard 1 sur la gestion des déchets solides, page 134, et le standard 1 sur le drainage, page 139).
 - Sécurité alimentaire, nutrition et assistance alimentaire : accès à une nourriture adéquate et prise en charge de la malnutrition (voir les standards 1 et 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pages 182 et 184, les standards 1 à 3 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments, pages 190 à 200, et le standard 1 sur la sécurité alimentaire, page 203).
 - Éducation sanitaire et mobilisation sociale : élaborer des messages pour assurer la mise en œuvre effective des mesures de prévention citées précédemment.
2. **Prévention du paludisme** : mise en œuvre de mesures de prévention du paludisme en fonction du risque d'infection, de la phase de la situation d'urgence et de la mobilité de la population, du type d'abris et du comportement des vecteurs locaux dans les régions endémiques. Les mesures de lutte antivectorielle comme les pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des logements au moyen d'insecticides efficaces, et la distribution



de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), doivent être guidées par les enquêtes entomologiques et les avis d'experts. Pour être efficaces en tant que mesure de lutte antivectorielle dans la communauté, les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent dans les logements doivent être effectuées dans au moins 80% des logements. Les MILDA garantissent une protection personnelle à long terme et constituent la solution standard de choix. Il est déconseillé de distribuer des moustiquaires non traitées (voir le standard 2 sur les articles non alimentaires, page 313, et les standards 1 à 3 sur la lutte antivectorielle, pages 128 à 133).

La définition des priorités pour la distribution des MILDA aux groupes à risque dépend de la phase de la catastrophe où l'on se trouve et du niveau de transmission du paludisme. Pendant la phase initiale d'une catastrophe dans des régions de transmission forte ou modérée du paludisme, les patients hospitalisés, les personnes souffrant de malnutrition grave et les membres de leur ménage, les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 ans doivent avoir la priorité. Viennent ensuite les personnes inscrites dans les programmes de supplémentation alimentaire, les enfants de moins de 5 ans, les familles des femmes enceintes et des enfants de moins de 2 ans. Finalement, toute la population à risque doit être protégée par les MILDA. Pendant la phase initiale d'une catastrophe dans des régions à faible transmission, les MILDA doivent être utilisées en milieu clinique (par exemple, les centres résidentiels de renutrition thérapeutique et les hôpitaux).

3. **Prévention de la dengue** : la lutte antivectorielle (contre les larves et les insectes adultes) est la principale méthode de prévention de la dengue. Les interventions sont déterminées par les données de surveillance relatives à la distribution des cas humains et à la densité du vecteur. Il faut cibler les sites de reproduction les plus productifs, qui varient d'un endroit à l'autre. Dans les zones urbaines, les moustiques du genre *Aedes* se reproduisent dans des récipients de stockage de l'eau et d'autres lieux artificiels d'accumulation d'eau (gobelets en plastique, pneus usagés, bouteilles cassées, pots de fleurs, etc.). La méthode la plus efficace de réduction du nombre de sites de reproduction consiste à vider périodiquement les récipients et à les enlever. L'eau stockée dans les logements doit toujours rester couverte, et les récipients doivent être nettoyés et frottés chaque semaine. La population touchée par la catastrophe doit recevoir des récipients munis d'un couvercle pour stocker l'eau. Le traitement des récipients au moyen d'un larvicide autorisé est lui aussi efficace pour éliminer les larves. La pulvérisation d'insecticides permet de réduire le nombre de moustiques adultes. Il faut aussi promouvoir les mesures de protection personnelle (voir le standard 2 sur les articles non alimentaires, page 313, et les standards 1 à 3 sur la lutte antivectorielle, pages 128 à 133).

Standard 2 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles : diagnostic et gestion des cas

La population touchée par une catastrophe a accès à un diagnostic et un traitement efficaces des maladies infectieuses qui contribuent dans la mesure la plus importante à une surmortalité et une surmortalité évitables.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Élaborer des messages d'éducation à la santé publique pour encourager les gens à se faire soigner précocement pour la fièvre, la toux, la diarrhée, etc.
- ▶ Donner des soins dans les établissements médicaux de premier niveau sur la base de protocoles standard de gestion des cas, ou de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), ou de la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte (PCIMA), lorsque ces systèmes existent, et orienter les patients vers des soins spécialisés dans la prise en charge des maladies graves (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Appliquer des protocoles de triage, de diagnostic et de gestion des cas pour le traitement précoce d'affections telles que pneumonie, paludisme, diarrhées, rougeole, méningite, malnutrition et dengue, et former le personnel aux protocoles de traitement (voir les notes d'orientation 2 et 3 et le standard 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile, page 370).
- ▶ Ne mettre en place des programmes de lutte antituberculeuse que lorsque les critères reconnus sont remplis (voir la note d'orientation 4).

Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Les protocoles standardisés de gestion des cas pour le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses fréquentes sont facilement disponibles et utilisés régulièrement (voir les notes d'orientation 1 à 3 et le standard 1 sur les systèmes de santé – fourniture des services de santé, page 339).



Notes d'orientation

1. **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et prise en charge intégrée des maladies de l'adulte (PCIMA) :** la mortalité due aux maladies transmissibles peut être réduite par un diagnostic précoce et précis et un traitement approprié. La mise en œuvre de la PCIME et de la PCIMA, ou d'autres algorithmes nationaux de diagnostic, est importante pour trier et classer les maladies selon leur type et leur niveau de gravité, et pour aider à administrer des traitements appropriés. Les signes de danger sont des indications pour une hospitalisation. Les protocoles standard de gestion des cas permettent de poser un diagnostic juste et d'utiliser des médicaments de manière rationnelle (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile, page 370).
2. **Pneumonie :** la solution pour réduire la mortalité due à la pneumonie est l'administration rapide d'antibiotiques par voie orale, comme l'amoxicilline, suivant les protocoles nationaux. Les cas graves nécessiteront une hospitalisation et un traitement par voie parentérale.
3. **Paludisme :** l'accès à un traitement rapide et efficace est la clé du succès de la lutte antipaludique. Dans les régions endémiques, il faut mettre au point un protocole pour un diagnostic précoce (moins de 24 heures) de la fièvre et l'instauration d'un traitement avec des médicaments de première intention hautement efficaces. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) sont la norme pour le traitement du paludisme à falciparum. Le choix des médicaments doit être déterminé en consultation avec l'agence principale de santé et le programme national de lutte antipaludique. On veillera à la qualité des médicaments lors de l'achat. Le paludisme doit de préférence faire l'objet d'un diagnostic en laboratoire (test diagnostic rapide, microscopie) avant l'instauration du traitement. Cependant, le traitement des cas cliniques ne doit pas être différé si le diagnostic en laboratoire n'est pas disponible.
4. **Lutte antituberculeuse :** une mauvaise mise en œuvre des programmes de lutte antituberculeuse peut faire plus de mal que de bien, car elle prolonge l'infectiosité et contribue à la propagation de bacilles multirésistants. S'il est possible de prendre en charge des patients tuberculeux individuellement pendant les catastrophes, un programme global de lutte antituberculeuse ne doit être engagé que si les critères reconnus sont remplis. Parmi ces critères figurent la détermination et les moyens de l'agence concernée ; il faut aussi s'assurer de la stabilité de la population pour une période d'au moins 12 à 15 mois et de la possibilité de réaliser un programme de bonne qualité. Une fois établis, les programmes de lutte antituberculeuse doivent être intégrés au programme national et suivre la stratégie DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course – traitement de brève durée sous surveillance directe).

Dans la phase aiguë d'une situation d'urgence, l'interruption éventuelle de tout traitement de maladies chroniques, dont la tuberculose, et la perte de suivi

des patients risquent de poser d'importants problèmes. Une collaboration étroite doit donc être établie entre les agents de soins médicaux d'urgence et les services du programme national de lutte antituberculeuse. Cela permettra de garantir que toutes les personnes déjà traitées avant la catastrophe poursuivent bien leur traitement (voir le standard 1 sur les services de santé essentiels – maladies non transmissibles, page 358).

Standard 3 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles : détection des flambées épidémiques et interventions

On se prépare aux flambées épidémiques, qui sont détectées, analysées et jugulées en temps utile et de manière efficace.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

Détection

- ▶ Mettre en place un système d'alerte précoce pour la surveillance et les interventions (EWARN) fondé sur une évaluation complète du risque de maladies transmissibles, dans le cadre du système d'information sanitaire général (voir la note d'orientation 1 et le standard 5 sur les systèmes de santé, page 350).
- ▶ Former le personnel de santé et les agents de santé communautaire à détecter et à signaler les flambées potentielles de maladies.
- ▶ Informer la population de manière simple sur les symptômes des maladies présentant des risques épidémiques et lui indiquer où trouver de l'aide.

Préparation

- ▶ Préparer un plan d'investigation épidémiologique et d'intervention (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Veiller à ce que les protocoles d'investigation et de lutte contre les flambées de maladies courantes, notamment les protocoles de traitement pertinents, soient disponibles et distribués au personnel compétent.
- ▶ Veiller à ce que des stocks de réserve de matériel essentiel soient disponibles pour les maladies prioritaires, ou puissent être rapidement achetés à des sources déjà identifiées (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Repérer à l'avance des sites pour la mise en quarantaine et le traitement de patients infectieux, comme les centres de traitement du choléra.



- ▶ Trouver un laboratoire, qu'il soit local, régional, national ou situé à l'étranger, qui puisse confirmer les flambées épidémiques (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Veiller à ce que le matériel d'échantillonnage et les milieux de transport soient disponibles sur place pour les agents infectieux les plus susceptibles de provoquer des flambées soudaines (voir la note d'orientation 5).

Lutte

- ▶ Décrire la flambée épidémique en termes de temps, lieu et nombre de personnes touchées, afin de permettre le repérage des personnes les plus exposées et l'adaptation des méthodes de lutte en conséquence (voir les notes d'orientation 6 à 8).
- ▶ Mettre en œuvre des mesures de lutte appropriées qui soient spécifiques à la maladie et au contexte (voir la note d'orientation 9).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Un plan écrit d'investigation et d'intervention en cas de flambée épidémique est disponible ou mis au point dès le début de l'intervention.
- ▶ Les agences de santé font rapport sur les suspicions de flambées de maladies au niveau hiérarchique supérieur du système de santé dans les 24 heures qui suivent la détection.
- ▶ L'agence principale de santé lance une investigation des cas signalés de maladies susceptibles de devenir épidémiques dans les 48 heures qui suivent le signalement.
- ▶ Les taux de létalité sont maintenus sous des niveaux acceptables :
 - choléra – 1% ou moins
 - dysenterie à Shigella – 1% ou moins
 - typhoïde – 1% ou moins
 - méningite à méningocoques – variable, de 5 à 15%
 - paludisme – variable, viser <5% des malades gravement atteints
 - rougeole – variable, de 2 à 21% signalés dans les zones de conflit, viser <5% (voir la note d'orientation 10)

Notes d'orientation

- 1. *Système d'alerte précoce pour la détection des flambées de maladies.***
Les principaux éléments d'un tel système sont les suivants :
 - réseau de partenaires opérationnels ;
 - mise en place, si possible, dans tous les établissements médicaux et au niveau communautaire ;
 - évaluation complète des risques pour toutes les maladies susceptibles de déclencher une épidémie ;

- identification, fondée sur l'évaluation des risques, d'un petit nombre de maladies prioritaires (10 à 12) qui feront l'objet d'une surveillance hebdomadaire, et choix d'un petit nombre de maladies dont l'apparition déclenchera une alerte immédiate (voir l'annexe 2 : Exemples de formulaire de rapport hebdomadaire de surveillance) ;
- définitions claires des cas pour chaque maladie sur le formulaire standard de surveillance ;
- seuils d'alerte, définis pour chaque maladie prioritaire, à partir desquels l'investigation est lancée ;
- moyens de communication pour assurer la transmission rapide des alertes formelles et informelles (rumeurs, articles dans les médias, etc.) aux autorités sanitaires compétentes ;
- système d'enregistrement et de réponse aux alertes immédiates ;
- communication des données, saisie dans une base de données standard et analyse hebdomadaire ;
- communication, à tous les partenaires, des informations résultant de la surveillance hebdomadaire et de l'alerte immédiate ;
- supervision régulière garantissant la qualité des données et la présentation de rapports complets en temps utile ;
- protocoles et formulaires standard d'investigation des cas ;
- procédures standard pour l'échange d'informations et le démarrage des réponses aux flambées de maladies.

2. Plan d'investigation et de lutte contre les flambées de maladies : ce plan doit être préparé avec la pleine participation de tous les partenaires. Les questions suivantes doivent être étudiées :

- critères de convocation de l'équipe de lutte contre des flambées épidémiques ;
- composition de l'équipe ;
- rôles et responsabilités spécifiques des organisations et positionnement dans l'équipe ;
- dispositions à prendre pour consulter et échanger des informations aux niveaux local et national ;
- ressources et installations disponibles pour mener les investigations et répondre aux flambées de maladies ;
- liste des médicaments essentiels, fournitures et produits diagnostiques nécessaires.

3. Stocks de réserve : les réserves sur site doivent comprendre le matériel à utiliser en réponse à de possibles flambées épidémiques. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de disposer d'un kit préemballé pour les maladies diarrhéiques ou le choléra. Il est par contre peu pratique de conserver certains stocks sur place, comme les vaccins contre la méningite à méningocoques. Pour ces articles, il faut définir des procédures afin qu'ils



puissent être achetés, expédiés et entreposés rapidement et qu'ils soient ainsi disponibles en temps utile.

4. **Laboratoires de référence** : les tests en laboratoire sont utiles pour confirmer un diagnostic si l'on suspecte une flambée de maladie pour laquelle une vaccination de masse est recommandée (la méningite à méningocoques par exemple), ou lorsque la mise en culture et des tests de sensibilité aux antibiotiques peuvent influencer les décisions à prendre pour gérer les cas (la shigellose, entre autres). Un laboratoire de référence doit aussi être désigné dans la région, voire au niveau international, pour aider à réaliser des tests plus poussés comme le diagnostic sérologique de la rougeole, de la fièvre jaune, de la dengue et des fièvres virales hémorragiques.
5. **Milieux de transport et tests rapides** : les échantillons (par exemple, par écouvillonnage rectal) et les milieux de transport (comme les milieux de transport de Cary-Blair pour le choléra, Shigella, E. coli et Salmonella), ainsi que le matériel de la chaîne du froid pour le transport doivent être disponibles sur place ou facilement accessibles. En outre, il existe plusieurs tests rapides permettant de dépister des maladies transmissibles sur le terrain, notamment le paludisme et la méningite.
6. **Investigation des flambées épidémiques**. Les dix étapes sont les suivantes :
 1. Confirmer l'existence d'une flambée épidémique
 2. Confirmer le diagnostic
 3. Élaborer les définitions de cas
 4. Compter les cas
 5. Donner une description épidémiologique (temps, nombre de personnes, lieu)
 6. Recenser les personnes exposées
 7. Élaborer des hypothèses permettant d'expliquer l'exposition et la maladie
 8. Évaluer les hypothèses
 9. Communiquer les conclusions tirées
 10. Mettre en place des mesures de lutte

Il n'est pas nécessaire de suivre ces étapes dans un ordre strict, et les mesures de lutte doivent être mises en œuvre dès que possible.

7. **Confirmation de l'existence d'une flambée de maladie** : il n'est pas toujours évident de décider si une flambée de maladie a débuté, et les seuils de démarrage n'ont pas été définis pour toutes les maladies. Toutefois, ils sont définis pour les maladies suivantes :
 - maladies pour lesquelles un seul cas doit faire penser à une flambée : choléra, rougeole, fièvre jaune, fièvres virales hémorragiques ;
 - maladies pour lesquelles une flambée devrait être suspectée lorsque le nombre de cas ou de décès dus à ces maladies dépasse le nombre

attendu pour l'endroit ou atteint le double des moyennes hebdomadaires précédentes. Shigellose : dans des régions non endémiques et les camps de réfugiés, un seul cas de shigellose doit faire craindre l'apparition d'une éventuelle flambée ;

- paludisme – les définitions varient d'une situation à l'autre ; une augmentation du nombre de cas au-delà de ce qui est attendu à une période donnée de l'année, dans une population donnée et dans une région donnée, peut être le signe d'une flambée épidémique. En l'absence de données historiques, on peut prendre comme signaux d'alerte une augmentation importante de la proportion des cas de fièvre confirmés comme étant attribuables au paludisme au cours des deux semaines précédentes, et une tendance à l'augmentation des taux de létalité au cours des semaines précédentes ;
- méningite à méningocoques – dans la ceinture méningitique, pour des populations de plus de 30 000 personnes, 15 cas/100 000 personnes/semaine ; cependant, en cas de risque élevé de flambée épidémique (par exemple, aucune flambée pendant plus de trois ans et couverture vaccinale <80%), le seuil est abaissé à 10 cas/100 000 personnes/semaine. Dans des populations de moins de 30 000 personnes, 5 cas en une semaine ou un doublement du nombre de cas sur une période de trois semaines confirment une flambée. Dans un camp, 2 cas confirmés en une semaine indiquent également une flambée épidémique ;
- dengue – une augmentation du nombre de cas de fièvre au cours des deux dernières semaines montre une augmentation des niveaux d'immunoglobuline G (IgG) (sur la base de tests couplés de deux échantillons de sérum consécutifs) chez un patient fébrile malade depuis 3 à 5 jours, et une baisse de la numération plaquettaire (<20 000).

8. **Réponse à la flambée épidémique** : les principaux éléments de la réponse sont la coordination, la gestion des cas, la surveillance et l'épidémiologie, le laboratoire, les mesures spécifiques de prévention comme l'amélioration de l'eau et de l'assainissement selon la maladie, la communication sur les risques, la mobilisation sociale, les relations avec les médias et la gestion de l'information, la logistique et la sécurité.

9. **Mesures de lutte** : des mesures de lutte doivent être mises au point spécifiquement pour arrêter la transmission de l'agent responsable de la flambée épidémique. Souvent, les connaissances existantes sur l'agent aident à concevoir les mesures de lutte appropriées dans des contextes particuliers. D'une manière générale, les activités portent sur la maîtrise de la source et la prévention de l'exposition (par exemple, amélioration des sources d'eau pour prévenir le choléra), l'interruption de la transmission ou la prévention de l'infection (par exemple, vaccination de masse contre la rougeole ou utilisation de MILDA pour prévenir le paludisme), et la modification des défenses de l'hôte (notamment par diagnostic et traitement précoces ou chimioprophylaxie) (voir le standard 5 sur les systèmes de santé, page 350, les standards 1 et 2



sur l'approvisionnement en eau, pages 110 et 113, les standards 1 et 2 sur la promotion de l'hygiène, pages 104 et 107, et les standards 1 à 3 sur la lutte antivectorielle, pages 128 à 133).

- 10. Taux de létalité :** les taux de létalité acceptables pour les maladies transmissibles varient en fonction du contexte, de l'accès aux services de santé, et de la qualité et de la rapidité de la prise en charge des cas. D'une manière générale, il faut essayer de réduire les taux de létalité autant que possible. Si ces taux dépassent les niveaux minimums prévus, il convient d'entreprendre immédiatement une évaluation des mesures de lutte et de prendre des mesures correctives pour que les taux de létalité soient maintenus à des niveaux acceptables.

2.2. Services de santé essentiels – Santé infantile

Dans les situations d'urgence, les taux de morbidité et de mortalité chez les enfants peuvent s'élever considérablement. Pour répondre aux besoins sanitaires spécifiques des enfants, il faut des interventions ciblées sur eux. Celles-ci portent notamment sur les principales causes de l'accroissement de la morbidité et de la mortalité, parmi lesquelles les infections aiguës des voies respiratoires, les diarrhées, la rougeole, la malnutrition et les accidents de la période néonatale.

Standard 1 sur les services de santé essentiels – santé infantile : maladies à prévention vaccinale

Les enfants de 6 mois à 15 ans sont immunisés contre la rougeole et ont accès aux services réguliers du programme élargi de vaccination (PEV) dès que la situation est stabilisée.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Faire une estimation de la couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants de 9 mois à 15 ans dès le début de l'intervention, afin de déterminer le risque de flambée épidémique (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Lorsque la couverture vaccinale contre la rougeole est inférieure à 90% ou inconnue, entreprendre une campagne de vaccination de masse des enfants de 6 mois à 15 ans, et administrer de la vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois (voir les notes d'orientation 1 et 2).
- ▶ Veiller à ce que tous les nourrissons vaccinés entre 6 et 9 mois reçoivent une deuxième dose de vaccin antirougeoleux dès l'âge de 9 mois (voir la note d'orientation 3).

- ▶ Dans le cas de populations mobiles ou déplacées, mettre en place un système continu pour qu'au moins 95% des nouveaux arrivants âgés de 6 mois à 15 ans dans un camp ou dans une communauté soient vaccinés contre la rougeole.
- ▶ Rétablir le programme élargi de vaccination dès que les conditions le permettent pour vacciner systématiquement les enfants contre la rougeole et les autres maladies à prévention vaccinale qui sont comprises dans le plan national (voir la note d'orientation 4).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ À l'issue de la campagne de vaccination antirougeoleuse :
 - au moins 95% des enfants de 6 mois à 15 ans ont été vaccinés contre la rougeole ;
 - au moins 95% des enfants de 6 à 59 mois ont reçu une dose appropriée de vitamine A.
- ▶ Une fois que les services du programme élargi de vaccination ont été rétablis, au moins 90% des enfants de 12 mois ont reçu trois doses de vaccin DTC (diphtérie-tétanos-coqueluche), ce qui est l'indicateur indirect de l'immunisation complète des enfants.

Notes d'orientation

1. **Couverture vaccinale antirougeoleuse** : déterminer, d'après les données disponibles, la couverture vaccinale antirougeoleuse de la population touchée. Déterminer si elle a été égale ou supérieure à 90% au cours des cinq années précédentes ou si une campagne de vaccination menée au cours des 12 mois précédents a touché 90% ou plus des enfants de 9 mois à 5 ans. Si elle est inférieure à 90%, inconnue ou incertaine, une campagne doit être lancée selon l'hypothèse que la couverture est insuffisante pour prévenir une flambée épidémique.
2. **Tranches d'âge pour la vaccination antirougeoleuse** : certains enfants plus âgés peuvent avoir échappé aux campagnes de vaccination précédentes et à la maladie. Néanmoins, ils peuvent toujours l'attraper et devenir une source d'infection pour les nourrissons et les enfants plus jeunes, qui risquent d'en mourir. C'est la raison pour laquelle il est recommandé de vacciner les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans. Dans les milieux où l'on manque de ressources, il n'est parfois pas possible de vacciner tous les enfants de 6 mois à 15 ans. Il faut alors accorder la priorité aux enfants de 6 à 59 mois. Tous les enfants de la tranche d'âge ciblée doivent être vaccinés contre la rougeole, quel que soit leur statut vaccinal.



3. **Rappel de vaccination pour les enfants de 6 à 9 mois** : tous les enfants de 6 à 9 mois qui ont reçu le vaccin doivent recevoir un rappel dès l'âge de 9 mois, avec un délai d'au moins un mois entre les deux doses.
4. **Rétablissement du programme national élargi de vaccination** : parallèlement à la préparation de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole, il faut commencer à planifier le rétablissement du programme élargi de vaccination en coordination avec les autorités nationales. Non seulement un rétablissement rapide de ce programme protégera directement les enfants contre des maladies comme la rougeole, la diphtérie et la coqueluche, mais elle réduira en outre le risque d'infection des voies respiratoires.

Standard 2 sur les services de santé essentiels – santé infantile : prise en charge des maladies du nouveau-né et de l'enfant

Les enfants ont accès aux services de santé prioritaires conçus pour combattre les principales causes de morbidité et de mortalité chez le nouveau-né et l'enfant.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Préparer des messages d'éducation sanitaire qui encourageront les populations touchées par une catastrophe à faire soigner rapidement toute maladie (fièvre, toux, diarrhées, etc.) des nouveau-nés. En rédigeant ces messages, ne pas oublier les enfants qui n'ont pas un adulte pour s'occuper d'eux (voir le standard 1 sur les systèmes de santé, note d'orientation 3, page 341).
- ▶ Assurer les soins essentiels à tous les nouveau-nés en suivant, lorsque c'est possible, les lignes directrices relatives à la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA) (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Dispenser des soins aux enfants dans les établissements médicaux de premier niveau en suivant le protocole national, ou, quand elles ont été mises en œuvre, les lignes directrices relatives à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et des soins en milieu hospitalier aux enfants plus gravement atteints (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Mettre en place un système standardisé d'évaluation et de triage pour les situations d'urgence dans tous les établissements médicaux s'occupant d'enfants malades, afin que ceux qui nécessitent une intervention urgente puissent être traités immédiatement (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Faire en sorte que les enfants se présentant dans des services de santé soient examinés du point de vue de leur statut nutritionnel et, le cas échéant,

soient orientés vers les services compétents (voir les standards 1 à 3 sur la prise en charge de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments, pages 190 à 200).

- ▶ Préparer un protocole approprié pour la prise en charge des cas de diphtérie et de coqueluche là où les risques de flambée de ces maladies sont élevés (voir la note d'orientation 6).
- ▶ Mettre à disposition les médicaments essentiels pour le traitement des maladies infantiles les plus courantes, dans les dosages et formules appropriés.

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les enfants de moins de 5 ans présentant des signes de paludisme ont reçu un traitement antipaludique efficace dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – lutte contre les maladies transmissibles, page 361).
- ▶ Tous les enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhées ont reçu des sels de réhydratation orale (SRO) et une supplémentation en zinc (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Tous les enfants de moins de 5 ans atteints de pneumonie ont reçu un traitement approprié aux antibiotiques (voir la note d'orientation 5).

Notes d'orientation

1. **Soins aux nouveau-nés** : tous les nouveau-nés doivent idéalement recevoir des soins professionnels à la naissance (de préférence dans un établissement médical), être tenus au chaud et nourris rapidement et exclusivement au sein. Il faut les examiner pour déceler tout problème éventuel, particulièrement les problèmes d'alimentation. Pour tous les nouveau-nés malades, on recherchera une éventuelle infection systémique (sepsis) ou locale.
2. **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)** : la stratégie PCIME est une approche intégrée de la santé de l'enfant axée sur les soins aux enfants de moins de 5 ans au niveau des soins de santé primaires. Lorsque cette stratégie a été adoptée dans un pays, et que des lignes directrices cliniques ont été adaptées, il est recommandé d'incorporer ces lignes directrices dans les protocoles standardisés, et d'y former les professionnels de la santé.
3. **Triage** : les lignes directrices relatives à la PCIME et à l'orientation-recours peuvent être encore plus efficaces si elles sont utilisées avec la stratégie de triage et de traitement rapides. Le triage consiste à répartir les patients en groupes prioritaires en fonction de leurs besoins médicaux, des ressources disponibles et de leurs chances de survie. Le personnel clinique s'occupant



d'enfants malades doit être mis au courant des directives du cours Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU) pour effectuer les évaluations rapides.

4. **Prise en charge de la diarrhée** : les enfants souffrant de diarrhées doivent être traités avec des solutions de sels de réhydratation orale (SRO) de faible osmolalité et recevoir une supplémentation en zinc. Les solutions de SRO réduisent la durée de l'épisode diarrhéique et la nécessité d'avoir recours à une alimentation par voie intraveineuse.
5. **Prise en charge de la pneumonie** : il faut examiner les enfants qui toussent pour savoir s'ils ont une respiration haletante ou difficile, et présentent des signes de tirage thoracique. En cas de respiration haletante ou difficile, il faut leur administrer un antibiotique approprié par voie orale ; en cas de tirage thoracique, l'enfant doit être hospitalisé.
6. **Flambées de coqueluche ou de diphtérie** : les flambées de coqueluche sont fréquentes dans les populations déplacées. On évite généralement d'entreprendre une campagne de vaccination ciblée sur la coqueluche en raison d'effets secondaires indésirables chez les enfants plus âgés qui auraient déjà reçu le vaccin DTC à cellules entières. La flambée peut cependant être l'occasion de remédier à d'éventuelles lacunes de la vaccination de routine. La gestion des cas comprend le traitement antibiotique des patients et le traitement prophylactique précoce des contacts dans les foyers où se trouve un nourrisson ou une femme enceinte. Les flambées de diphtérie sont moins fréquentes mais restent dangereuses dans les populations faiblement immunisées vivant dans la promiscuité. Des campagnes de vaccination de masse avec trois doses de vaccin séparées ont été menées dans des camps pour répondre à des flambées de diphtérie. Ce traitement comprend l'administration à la fois d'antitoxines et d'antibiotiques.

2.3. Services de santé essentiels – Santé sexuelle et génésique

Toute personne, même quand elle vit dans une zone frappée par une catastrophe, a droit à une bonne santé génésique. Pour exercer ce droit, la population touchée par une catastrophe doit pouvoir accéder à des informations et à des services de santé génésique complets qui lui permettront de faire des choix libres et éclairés. Pour être de bonne qualité, les services de santé génésique doivent correspondre aux besoins de cette population. Ils doivent respecter les convictions religieuses, les valeurs éthiques et le contexte culturel de la communauté concernée, tout en se conformant aux normes internationales universellement reconnues relatives aux droits humains.

Standard 1 sur les services de santé essentiels – santé sexuelle et génésique : santé génésique

Les personnes touchées par une catastrophe ont accès aux services prioritaires de santé génésique décrits dans le Dispositif minimum d'urgence (DMU) dès le début de la situation d'urgence, et à des services complets de santé génésique à mesure que la situation se stabilise.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Identifier l'agence principale chargée de la santé génésique au sein du secteur de la santé ou du groupe sectoriel Santé qui facilitera la coordination et la mise en œuvre du dispositif minimum d'urgence, et s'assurer qu'un responsable (désigné par l'agence principale chargée de la santé génésique) est en place et opérationnel dans le secteur ou le groupe sectoriel (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Mettre en œuvre des mesures réduisant les risques de violences sexuelles, en coordination avec les autres secteurs ou groupes sectoriels compétents (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Assurer des services de prise en charge clinique des violences sexuelles, y compris en termes de santé mentale, de soutien psychosocial et d'assistance juridique (voir la note d'orientation 3 et le principe de protection 2, note d'orientation 7, page 43).
- ▶ Mettre en place l'ensemble minimum de services de prévention et de traitement de l'infection à VIH, ainsi que de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH, afin de réduire la transmission du virus (voir le standard 2 sur les services de santé essentiels – santé sexuelle et génésique, page 377).
- ▶ Faire en sorte que des services obstétriques d'urgence et de soins aux nouveau-nés soient en place et accessibles, notamment :
 - dans les centres de santé : accoucheuses qualifiées et matériel nécessaire pour les naissances normales et la prise en charge de base des urgences obstétricales et des complications néonatales et les soins qui s'y rapportent ;
 - dans les hôpitaux de recours : personnel médical qualifié et matériel nécessaire pour la prise en charge complète des complications obstétricales et néonatales, et les soins qui s'y rapportent ;
 - un système de communication et de transport capable de prendre en charge les urgences obstétricales et néonatales, fonctionnant 24 heures



sur 24 et sept jours sur sept, et permettant de se rendre de la communauté concernée au centre de santé, et du centre de santé à l'hôpital de recours (voir la note d'orientation 4).

- ▶ Fournir des trousse d'accouchement stériles aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses pour les accouchements à domicile, quand il n'est pas possible de faire appel à des agents de santé qualifiés ou de se rendre dans des établissements médicaux (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Informer les populations de l'existence et de l'intérêt des services cliniques pour les personnes ayant subi des violences sexuelles, et de l'existence d'un système d'orientation-recours d'urgence pour les complications de la grossesse et de l'accouchement (voir les notes d'orientation 3 et 4).
- ▶ Veiller à ce que les moyens contraceptifs usuels soient disponibles pour répondre à la demande (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Envisager la mise en place, dès que possible, de services complets de santé génésique, intégrés aux soins de santé primaires (voir la note d'orientation 1).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les établissements médicaux disposent de personnel qualifié, de fournitures et de matériel en quantité suffisante pour la prise en charge clinique des personnes ayant subi un viol, sur la base des protocoles nationaux ou des protocoles de l'OMS.
- ▶ Toutes les femmes enceintes au troisième trimestre de leur grossesse ont reçu des trousse d'accouchement stériles.
- ▶ On compte au moins quatre établissements médicaux pouvant apporter en urgence les soins d'obstétrique et de néonatalogie de base pour une population de 500 000 personnes.
- ▶ On compte au moins un établissement médical pouvant apporter en urgence les soins d'obstétrique et de néonatalogie complets pour une population de 500 000 personnes .
- ▶ La proportion des accouchements par césarienne n'est pas inférieure à 5% ni supérieure à 15% (voir la note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. **Dispositif minimum d'urgence** : le Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive décrit les services qui sont les plus importants pour prévenir la morbidité et la mortalité liées à l'activité génésique parmi les femmes, les hommes et les adolescents dans les situations de catastrophe.

Il comprend notamment un ensemble coordonné de services de santé génésique prioritaires qu'il faut mettre en place simultanément pour prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle, réduire la transmission du VIH, empêcher la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales, et commencer à planifier la prestation de services complets de santé génésique dès que la situation sera stabilisée. Prévoir l'intégration d'activités de santé génésique complètes et de bonne qualité dans les soins de santé primaires dès le début de la situation d'urgence est un facteur essentiel pour assurer la continuité des soins. Des soins complets de santé génésique impliquent de renforcer les services existants, d'ajouter des services manquants et d'améliorer la qualité des services.

2. **Fournitures de santé génésique** : les fournitures nécessaires au DMU doivent être commandées, distribuées et stockées pour éviter tout retard de disponibilité de ces produits essentiels à la population. Le Kit sanitaire d'urgence inter-institutions de 2006 contient une petite quantité de médicaments à usage prophylactique pour les patients qui auraient été exposés, du sulfate de magnésium, et des instruments et médicaments pour les soins obstétricaux, mais pas toutes les fournitures pour le DMU. Le manuel Kits de santé reproductive inter-organisations à utiliser en situations de crise, mis au point par le Groupe de travail inter-organisations sur la santé reproductive en situation de crise, contient des médicaments et des fournitures pour trois mois.
3. **Violences sexuelles** : tous les acteurs des interventions en cas de catastrophe doivent être conscients du risque de violences sexuelles, y compris l'exploitation et les abus sexuels par des humanitaires, et doivent travailler à les prévenir et à y répondre. L'ensemble des informations relatives aux incidents signalés doit être compilé avec le souci de sécurité et d'éthique qui convient, et être communiqué afin de contribuer aux efforts de prévention et de réponse. L'incidence des actes de violence sexuelle doit faire l'objet d'un suivi. Des mesures d'aide aux personnes qui ont subi de tels actes doivent être mises en œuvre dans tous les établissements médicaux de premier niveau ; du personnel qualifié doit pouvoir assurer la prise en charge clinique, qui englobe la contraception d'urgence, la prophylaxie postexposition destinée à prévenir l'infection à VIH, le traitement présomptif des infections sexuellement transmissibles, le pansement des blessures, ainsi que la prévention du tétanos et de l'hépatite B. Le recours à la contraception d'urgence est une affaire de choix personnel qui ne peut être fait que par les femmes elles-mêmes. Les femmes doivent recevoir des conseils objectifs qui leur permettront de prendre une décision éclairée. Il convient d'aider les personnes ayant subi des violences sexuelles à solliciter des soins cliniques, de les orienter vers



les structures appropriées et de leur permettre d'avoir accès à une aide psychologique et psychosociale.

Si ces personnes le demandent, le personnel doit apporter sa protection et son soutien juridique. Tous les examens menés et les traitements instaurés ne doivent l'être qu'avec le consentement éclairé de l'intéressé(e). Le respect de la confidentialité est essentiel tout au long de la procédure (voir le standard 5 sur les systèmes de santé, note d'orientation 4, page 352, et le principe de protection 1, notes d'orientation 7 à 12, pages 40 et 41).

- 4. Soins d'urgence en obstétrique et néonatalogie :** on compte qu'à peu près 4% des personnes touchées par une catastrophe sont des femmes enceintes. Environ 15% de ces femmes enceintes connaîtront des complications imprévisibles au cours de leur grossesse ou au moment de l'accouchement, ce qui rendra nécessaires des soins obstétricaux d'urgence ; 5 à 15% de tous les accouchements devront faire appel à la chirurgie, césariennes ou autres. Afin de prévenir une surmortalité et une surmorbidity maternelles et néonatales suite à ces complications, des accoucheuses qualifiées doivent être présentes à toutes les naissances, et des soins obstétricaux de base et de réanimation néonatale doivent être disponibles dans tous les établissements de soins de santé primaires. La prise en charge de base des urgences obstétricales comprend l'administration d'antibiotiques par voie parentérale, l'administration de médicaments utérotoniques par voie parentérale (ocytocine), l'administration de médicaments anticonvulsifs par voie parentérale (sulfate de magnésium), l'enlèvement manuel des reliquats de produit de la conception au moyen de technologies appropriées, l'élimination manuelle du placenta, l'aide à l'accouchement par les voies naturelles (ventouses ou forceps) et la réanimation des mères et des nouveau-nés. La prise en charge complète des complications obstétricales comprend, outre les interventions relevant des soins obstétricaux de base, les interventions chirurgicales sous anesthésie générale (césariennes, laparotomies) et l'utilisation rationnelle de transfusions sanguines sans risque.

Le système d'orientation-recours doit être conçu de telle façon que les femmes ou les nouveau-nés puissent en bénéficier, et disposent des moyens nécessaires pour faire les trajets aller et retour lorsqu'ils doivent aller dans des établissements de soins de santé primaires dispensant des soins de base urgents en obstétrique et néonatalogie, et dans des hôpitaux disposant de services de soins complets dans le même domaine.

Standard 2 sur les services de santé essentiels – santé sexuelle et génésique : VIH et sida

La population touchée a accès, pendant la catastrophe, à un ensemble minimum de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le cadre de la riposte au VIH.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Mettre en place des procédures standardisées pour l'élimination sans danger des déchets dans tous les établissements médicaux (voir la note d'orientation 2 et le standard 1 sur les systèmes de santé, notes d'orientation 10 et 11, pages 343 et 344).
- ▶ Mettre en place et respecter des règles de sécurité pour l'approvisionnement en sang et pour l'usage rationnel des transfusions sanguines (voir la note d'orientation 2 et le standard 1 sur les systèmes de santé, note d'orientation 5, page 342).
- ▶ Assurer l'accès gratuit à des préservatifs masculins et féminins de bonne qualité, y compris aux informations sur leur utilisation correcte.
- ▶ Veiller à ce que les établissements médicaux assurent une prise en charge syndromique de tous les patients se présentant avec les symptômes d'une infection sexuellement transmissible.
- ▶ Assurer des services de prophylaxie postexposition à toutes les personnes ayant été potentiellement exposées au VIH dans les dernières 72 heures (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Assurer, sous une forme accessible, l'information et l'éducation nécessaires sur la prévention de l'infection à VIH à la fois pour le grand public et les groupes à risque (travailleurs de l'industrie du sexe, par exemple).
- ▶ Assurer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en facilitant l'accès aux contraceptifs, les accouchements stériles et sûrs (y compris lors des soins obstétricaux d'urgence), et en délivrant des antirétroviraux (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Dispenser traitement, soins et soutien aux nourrissons nés de mères séropositives, notamment par des activités d'orientation et de conseil sur l'alimentation des nourrissons (voir le standard 2 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, page 184).



- ▶ Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH reçoivent les soins de santé dont ils ont besoin, notamment la prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections associées au VIH.
- ▶ Veiller à ce que les personnes qui bénéficiaient précédemment d'un traitement antirétroviral puissent le poursuivre (voir la note d'orientation 4).
- ▶ Assurer la liaison entre les programmes de lutte contre le VIH et les programmes de lutte contre la tuberculose, quand ils existent.
- ▶ Veiller à ce que les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH aient accès aux activités de prévention de la transmission par voie sexuelle et, si elles sont connues pour consommer des drogues par injection, à du matériel d'injection stérile, quand ces services existent déjà.
- ▶ Mettre en place des plans pour élargir l'éventail des services de riposte au VIH dans la phase post-catastrophe (voir la note d'orientation 1).

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Le programme de prévention est destiné aux personnes les plus exposées à l'infection à VIH.
- ▶ Les femmes enceintes séropositives ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant.
- ▶ 100% du sang transfusé a fait l'objet de tests de dépistage des infections transmissibles par transfusion, y compris pour le VIH.
- ▶ Les personnes susceptibles d'être exposées au VIH (soit à titre professionnel en milieu de soins, soit à titre non professionnel) ont reçu un traitement prophylactique postexposition dans les 72 heures qui suivent un incident.
- ▶ Tous les établissements de soins de santé primaires disposent d'antibiotiques permettant une prise en charge syndromique des patients présentant des symptômes d'infections sexuellement transmissibles.

Notes d'orientation

1. **Riposte au VIH** : l'ensemble minimum des activités de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de lutte contre le VIH, tel qu'il est décrit dans les actions clés du présent standard, comprend toutes les mesures que doit prendre le secteur de la santé pour prévenir la transmission du VIH et pour apporter soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH. Ces mesures doivent être appliquées dès les premiers stades de l'intervention en cas de catastrophe.

2. **Prévention de la transmission du VIH en milieu de soins** : la prévention de la transmission du VIH en milieu de soins (hôpitaux, dispensaires, campagnes de vaccination) est une mesure prioritaire dans les premiers stades de l'intervention en cas de catastrophe. Il s'agit principalement de prendre des mesures de précaution générales, de mettre en place de bonnes pratiques sûres et rationnelles de transfusion sanguine, et d'éliminer correctement les déchets de soins (voir le standard 1 sur les systèmes de santé, notes d'orientation 5, 10 et 11, pages 342, 343 et 344).
3. **Prophylaxie postexposition** : la prophylaxie postexposition de l'infection par le VIH comprend une activité de conseil, une évaluation du risque d'exposition, l'obtention du consentement éclairé, l'évaluation de la source et la distribution d'antirétroviraux. Elle ne s'applique toutefois pas aux personnes séropositives. Les activités de conseil et les tests ne doivent jamais être obligatoires, et il ne faut pas attendre les résultats des tests pour prendre des mesures prophylactiques.
4. **Médicaments antirétroviraux** : dans une situation de catastrophe, il est possible de délivrer des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant, instaurer une prophylaxie et engager une thérapie antirétrovirale à long terme. Les personnes déjà traitées par antirétroviraux avant la catastrophe doivent être considérées comme prioritaires lors de l'intervention. Les femmes enceintes bénéficiant déjà d'une thérapie antirétrovirale doivent poursuivre le traitement sans interruption. Quand c'est possible, les femmes enceintes séropositives doivent recevoir des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant en suivant le protocole national.

Note

Caritas Internationalis et ses Membres n'encouragent pas l'usage de moyens de de contrôle artificiel des naissances, et n'en distribuent sous aucune forme.



2.4. Services de santé essentiels –Traumatismes

Les traumatismes sont d'habitude la principale cause de surmortalité et de surmorbidité après une catastrophe naturelle soudaine comme un tremblement de terre. Ce genre de catastrophe fait souvent un grand nombre de blessés, ce qui accroît le nombre des patients au-delà de ce que les ressources locales sont capables de traiter par les procédures de routine. Les traumatismes dus à la violence physique sont eux aussi associés aux situations d'urgence complexes. Pendant les conflits armés par exemple, la plupart des décès liés à des traumatismes se produisent dans des régions d'insécurité, loin des établissements médicaux. Il ne peut donc généralement pas y avoir de prévention par les services de santé. Des interventions visant à protéger la population civile sont nécessaires pour prévenir ces décès (voir le principe de protection 3, notes d'orientation 1 à 5, pages 43 et 44).

Standard 1 sur les services de santé essentiels – traumatismes : traumatologie

Les gens ont accès à des services de traumatologie efficaces pendant les catastrophes, ce qui permet de prévenir morbidité, mortalité et incapacités évitables.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Faire en sorte que les agents de santé locaux et les responsables de la coordination de l'intervention du secteur de la santé sachent comment prendre en charge des blessés en très grand nombre (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Lors d'événements faisant un grand nombre de blessés, mettre en place un système standardisé de triage avec des directives claires sur la manière de procéder à l'évaluation, au classement des priorités, à la réanimation de base et à l'orientation-recours (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Veiller à ce que les agents de santé aient bien compris les principes essentiels et possèdent les compétences nécessaires pour apporter les premiers secours et assurer la réanimation de base (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Veiller à ce que les agents de santé locaux soient au courant des grands principes de prise en charge des plaies (voir la note d'orientation 3).
- ▶ Injecter un vaccin à base d'anatoxine tétanique aux personnes présentant des plaies souillées ainsi qu'aux sauveteurs et aux personnes chargées des opérations de déblayage (voir la note d'orientation 4).

- ▶ Préparer des protocoles standardisés pour l'orientation-recours des blessés devant recevoir des soins spécialisés, notamment en matière de chirurgie et de soins postopératoires (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Veiller à ce que des services complets de traumatologie et de chirurgie, ainsi que de réadaptation post-traumatique et postchirurgicale, ne soient mis en place que par les agences dotées des compétences et des ressources appropriées (voir la note d'orientation 5).
- ▶ Veiller à ce que des appareils fonctionnels standardisés et des aides à la mobilité (fauteuils roulants, béquilles, etc.) soient à la disposition des blessés et des personnes handicapées le plus tôt possible, et faire en sorte que ces appareils puissent être réparés localement (voir la note d'orientation 6).

Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les établissements médicaux disposent d'un personnel qualifié et de systèmes de prise en charge de blessés en grand nombre.

Notes d'orientation

1. **Triage** : le triage consiste à regrouper les patients par catégories en fonction de la gravité de leurs traumatismes ou de leurs maladies, et à décider de la priorité du traitement selon les ressources disponibles et les chances de survie des patients. Lors d'événements faisant de nombreux blessés, ceux qui souffrent de traumatismes graves, où le pronostic vital est engagé, peuvent être considérés comme moins prioritaires que ceux souffrant de traumatismes dont ils pourront se remettre. Il n'existe aucun système standard de triage, et plusieurs d'entre eux sont utilisés à travers le monde. La classification la plus courante utilise un système de codage à quatre couleurs : rouge signifie « haut niveau de priorité », jaune « niveau moyen », vert « patient ambulatoire » et noir « décédé ».
2. **Premiers secours et soins médicaux de base** : les procédures vitales consistent notamment à rétablir et à maintenir la respiration, ce qui peut impliquer de dégager et de protéger les voies respiratoires, tout en maîtrisant les saignements et en administrant des liquides par voie intraveineuse si nécessaire. Ces procédures peuvent aider à stabiliser les blessés dont le pronostic vital est engagé, avant de les transférer vers un centre spécialisé, et ainsi accroître considérablement leurs chances de survie, même dans le cas de traumatismes graves. D'autres procédures non opératoires sont également vitales comme le nettoyage et le pansement des plaies, et l'administration d'antibiotiques et d'un traitement prophylactique contre le tétanos.



- 3. *Pansement des plaies*** : dans la plupart des catastrophes, de nombreux blessés se présenteront pour être soignés plus de six heures après avoir été blessés. Ce retard augmente considérablement le risque d'infection des plaies et d'accroissement de la mortalité évitable. Il est par conséquent primordial que les agents de santé locaux se familiarisent avec les principes et les protocoles à respecter pour prévenir et, le cas échéant, prendre en charge les plaies infectées, c'est-à-dire différer la fermeture primaire des plaies et leur nettoyage, et enlever chirurgicalement corps étrangers et tissus nécrosés.
- 4. *Tétanos*** : dans les catastrophes naturelles à déclenchement rapide, au cours desquelles on a généralement un grand nombre de blessés et de traumatisés, le risque de tétanos peut être relativement élevé. Si une vaccination antitétanique de masse n'est pas recommandée, l'injection d'anatoxines tétaniques (vaccins DT – diphtérie/tétanos – ou DTC – diphtérie/tétanos/ coqueluche – selon l'âge et les antécédents vaccinaux) est, en revanche, recommandée pour les patients présentant des plaies souillées et pour les personnes chargées des opérations de sauvetage et de déblaiement qui pourraient les exposer. Les personnes présentant des plaies souillées et qui n'ont pas été précédemment vaccinées contre le tétanos doivent, si possible, recevoir une dose d'immunoglobulines antitétaniques.
- 5. *Traumatismes et soins chirurgicaux*** : la chirurgie des traumatismes et la chirurgie de guerre sauvent des vies et permettent d'éviter des handicaps à long terme, mais nécessitent des formations spécifiques et des ressources dont peu d'agences disposent. Une chirurgie inappropriée ou mal exécutée peut faire plus de tort que de ne rien faire. En outre, la chirurgie sans réadaptation immédiate peut mener à un échec total de la récupération des capacités fonctionnelles du patient. Seuls les agences et les professionnels disposant des compétences adéquates, par conséquent, doivent mettre en place ces services qui sauvent des vies et préviennent le handicap.
- 6. *Réadaptation postopératoire pour les traumatisés*** : une réadaptation précoce augmente considérablement les chances de survie et améliore la qualité de vie des survivants blessés. Les patients nécessitant une aide appareillée (prothèses, dispositifs d'aide à la mobilité, etc.) auront également besoin d'une réadaptation physique. Quand c'est possible, un partenariat avec les programmes de réadaptation à base communautaire peut optimiser les soins postopératoires et la réadaptation des survivants blessés.

2.5. Services de santé essentiels – Santé mentale

Des problèmes de santé mentale et des problèmes psychosociaux apparaissent dans toutes les situations humanitaires. Les horreurs, les pertes, les incertitudes et de nombreux autres facteurs de stress associés aux conflits et à d'autres catastrophes augmentent le risque de divers problèmes sociaux, comportementaux, psychologiques et psychiatriques. Un soutien dans les domaines de la santé mentale et de l'aide psychosociale implique une aide multisectorielle (voir la pyramide des interventions ci-après). Cette aide requiert une mise en œuvre coordonnée, notamment par l'intermédiaire d'un groupe de travail intermodulaire (*cross-cluster*) ou intersectoriel. Le standard ci-après sur la santé mentale porte principalement sur des actions incombant aux acteurs de la santé. Le lecteur consultera également le standard essentiel 1, page 62, et le principe de protection 3, page 43.

Standard 1 sur les services de santé essentiels – santé mentale : santé mentale

La population touchée par une catastrophe a accès à des services de santé qui peuvent prévenir ou réduire les problèmes de santé mentale et les incapacités fonctionnelles qui y sont associées.

Actions clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Veiller à ce que les interventions soient organisées en fonction des besoins identifiés et des ressources disponibles.
- ▶ Permettre aux membres de la communauté, y compris aux personnes marginalisées, de renforcer l'entraide et le soutien social communautaires (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Veiller à ce que les travailleurs communautaires, notamment les volontaires et le personnel des services de santé, apportent des premiers secours psychologiques aux personnes en détresse aiguë après avoir été exposées à des facteurs de stress extrême (voir la note d'orientation 2).
- ▶ Faire en sorte qu'au moins un membre du personnel de chaque établissement médical soit en mesure de prendre en charge des problèmes de santé mentale graves et divers chez les adultes et les enfants (voir la note d'orientation 3).
- ▶ S'occuper de la sécurité, des besoins essentiels et des droits des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans les institutions (voir la note d'orientation 4).



- ▶ Limiter autant que possible les dommages causés par l'alcool et les drogues.
- ▶ Dans le cadre du relèvement précoce, mettre en place des plans visant à développer un système communautaire durable de santé mentale (voir la note d'orientation 5).

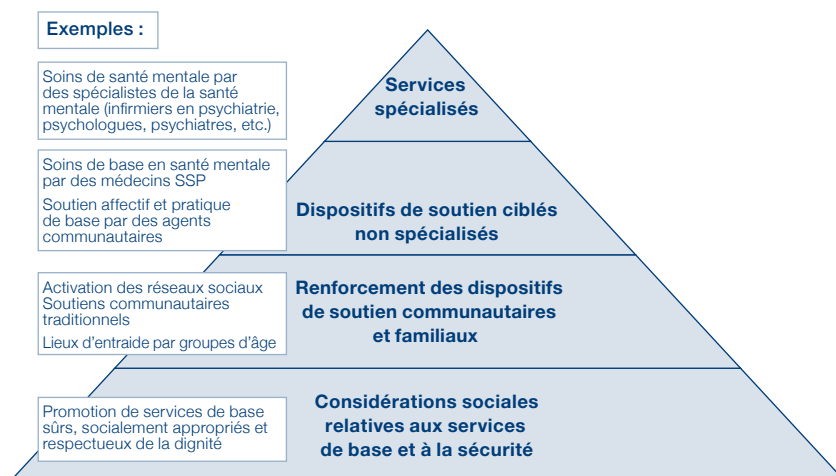
Indicateur clé (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- ▶ Tous les établissements médicaux disposent de personnel qualifié et de systèmes de prise en charge des problèmes de santé mentale.

Notes d'orientation

1. **Entraide et soutien social communautaires** : l'entraide et le soutien social communautaires sont des éléments clés de l'aide multisectorielle globale relative à la santé mentale et au soutien psychosocial (voir la figure ci-après) (voir le standard essentiel 1, page 62, le principe de protection 3, note d'orientation 15, page 46 et le principe de protection 4, notes d'orientation 9 à 13, page 49). Les agences de santé emploient ou engagent souvent des agents communautaires et des volontaires capables d'aider les membres de la communauté, y compris les personnes marginalisées, à renforcer les mécanismes d'entraide et de soutien social.

Pyramide des interventions



Source : Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, 2010

2. **Premiers secours psychologiques** : la meilleure façon de prendre en charge l'anxiété aiguë après une exposition à des facteurs de stress extrême (événements traumatisants) est de suivre les principes des premiers secours psychologiques, souvent considérés à tort comme une intervention clinique. En fait, il s'agit plutôt d'une démarche humaine d'assistance à l'un de nos semblables qui souffre et a peut-être besoin d'aide. Ces premiers secours comportent des soins élémentaires, non intrusifs et pragmatiques, l'accent étant mis sur l'écoute sans forcer l'autre à parler, l'évaluation des besoins et des préoccupations, la réponse aux besoins essentiels, l'encouragement d'un soutien social de la part d'autres personnes qui comptent et la protection contre tout dommage supplémentaire. Le débriefing psychologique (c'est-à-dire faciliter la décharge en encourageant la personne concernée à raconter brièvement mais de manière systématique les perceptions, pensées et réactions émotionnelles qu'elle a vécues pendant un récent événement stressant) est, au mieux, inefficace et doit être évité. De même, il faut éviter les benzodiazépines pour traiter une détresse aiguë, car ces molécules peuvent interférer avec la récupération naturelle.
3. **Soins de santé mentale de base** : les problèmes de santé mentale peuvent avoir été provoqués par une situation d'urgence, ou avoir existé au préalable, ou les deux. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves doivent avoir accès à un réseau d'appui social à base communautaire ainsi qu'à des soins cliniques dispensés par les services de santé existants (hôpitaux généraux, consultation de soins de santé primaires, etc.). L'organisation des soins cliniques de base en matière de santé mentale signifie généralement, soit la mise en place d'une formation rapide et d'une supervision du personnel généraliste, soit l'ajout d'un professionnel de la santé mentale à la consultation. Les médicaments psychotropes et antiépileptiques essentiels doivent être disponibles. Les personnes qui recevaient un traitement de santé mentale avant la crise doivent avoir la possibilité de le poursuivre.
4. **Personnes placées en institutions** : les hôpitaux psychiatriques et les résidences pour personnes souffrant de problèmes mentaux graves doivent être visités régulièrement, surtout en début de crise, car le risque de négligence caractérisée ou de mauvais traitements envers les personnes placées en institution est extrêmement élevé. Tout au long de la crise, il faut veiller à la sécurité, à la satisfaction des besoins physiques essentiels (eau, nourriture, abri, hygiène et soins médicaux), au respect des droits humains, et à la fourniture de soins psychiatriques et psychosociaux de base.
5. **Relèvement précoce** : les crises humanitaires augmentant les taux de nombreux troubles mentaux, des plans doivent être mis en place pour développer un système de santé mentale qui permettra d'accroître efficacement la couverture thérapeutique de ces troubles dans toute la zone touchée (voir le standard essentiel 4, page 75).



2.6. Services de santé essentiels – Maladies non transmissibles

Le vieillissement de la population et l'accroissement de l'espérance de vie ont fait évoluer les profils de maladie, les maladies non transmissibles prenant le pas sur les maladies infectieuses dans de nombreux pays, en particulier dans les pays à faibles et à moyens revenus. Il en résulte que les maladies non transmissibles gagnent en importance en tant que problème majeur de santé publique dans les situations de catastrophe. L'augmentation des problèmes de santé consécutifs à l'exacerbation des maladies chroniques existantes est devenue une caractéristique fréquente de nombreuses catastrophes.

Standard 1 sur les services de santé essentiels – maladies non transmissibles : maladies non transmissibles

La population touchée par une catastrophe a accès aux thérapies essentielles permettant de réduire la morbidité et la mortalité dues aux complications aiguës ou à l'exacerbation des maladies chroniques.

Actions clés (à lire conjointement avec la note d'orientation)

- ▶ Évaluer et documenter la prévalence des maladies non transmissibles et communiquer les données aux agences participant à l'intervention (voir la note d'orientation 1).
- ▶ Recenser les personnes souffrant de maladies non transmissibles qui étaient en traitement avant la catastrophe et veiller à ce qu'elles puissent le poursuivre. Éviter l'arrêt brusque d'un traitement.
- ▶ Veiller à ce que les personnes présentant des complications ou des exacerbations aiguës de maladies non transmissibles au point que leur vie soit menacée (maladies cardiaques, hypertension grave, etc.) et les personnes souffrant de douleurs (par exemple, la douleur due à un cancer à un stade avancé) reçoivent un traitement.
- ▶ Dans les situations où l'on ne dispose pas de traitements pour les maladies non transmissibles, établir des procédures standard claires pour l'orientation-recours.
- ▶ Veiller à ce que le matériel diagnostique essentiel, les principaux tests de laboratoire et les médicaments pour la prise en charge courante et continue des maladies non transmissibles soient disponibles dans le système de

soins de santé primaires. Les médicaments doivent figurer dans la liste des médicaments essentiels.

- ▶ Veiller à ce que des appareils fonctionnels (par exemple, les aides à la marche) puissent être mis à la disposition des personnes ayant des difficultés de mobilité ou de communication.

Indicateurs clés (à lire conjointement avec la note d'orientation)

- ▶ Tous les centres de soins de santé primaires sont dotés de procédures standard claires pour l'orientation-recours des patients souffrant de maladies non transmissibles vers des établissements de niveaux secondaire et tertiaire.
- ▶ Tous les centres de soins de santé primaires ont les médicaments nécessaires à la poursuite des traitements des personnes atteintes de maladies non transmissibles et déjà en traitement avant la catastrophe.

Note d'orientation

1. **Les maladies non transmissibles** comprennent les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance rénale chronique terminale, le diabète insulino-dépendant et l'épilepsie. Dans les situations d'urgence, les personnes atteintes de maladies chroniques sont particulièrement exposées à une aggravation de leur état ou à des complications dues à des infections secondaires. Si le traitement est interrompu, elles sont menacées. La stabilisation clinique et la poursuite du traitement doivent constituer l'essentiel de l'intervention du secteur de la santé dans les situations de catastrophe.

Les personnes atteintes de maladies non transmissibles doivent être suivies et recevoir des médicaments sur le long terme. La prise en charge régulière de ces personnes doit pouvoir se faire par le système des soins de santé primaires, qui aura recours aux médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels. Il n'est généralement pas recommandé d'instaurer de nouveaux régimes ou programmes thérapeutiques pour la prise en charge de maladies chroniques pendant la durée des opérations de secours, surtout s'il est peu probable que le régime ou le programme en question se poursuive après la phase d'urgence.



Annexe 1

Aide-mémoire pour l'évaluation des services de santé

Préparation

- ▶ Se procurer les informations disponibles sur la population touchée par la catastrophe.
- ▶ Se procurer les cartes et photographies aériennes disponibles.
- ▶ Se procurer les données démographiques et sanitaires.

Sécurité et accès

- ▶ Déterminer la persistance 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 affectée.

Démographie et structure sociale

- ▶ Déterminer la taille de la population touchée par la catastrophe ; ventiler la population par âge et par sexe.
- ▶ Recenser les groupes les plus exposés, comme les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées.
- ▶ Déterminer la taille moyenne des ménages et le nombre approximatif des ménages ayant à leur tête une femme ou un enfant.
- ▶ Déterminer la structure sociale existante, notamment les positions d'autorité et d'influence.

Contexte sanitaire

- ▶ Répertorier les problèmes sanitaires qui existaient déjà avant la catastrophe dans la zone touchée.
- ▶ Répertorier les problèmes sanitaires qui existaient déjà avant la catastrophe dans le pays d'origine des réfugiés (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 sources antérieures de soins de santé.
- ▶ Analyser la performance des fonctions des 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 catastrophe.
- ▶ Déterminer la situation en matière d'établissements médicaux nationaux, notamment leur nombre total par type de soins prodigués, l'état dans lequel ils se trouvent et leur 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 le programme élargi de vaccination.
- ▶ Déterminer la disponibilité de protocoles standardisés, de médicaments essentiels, de matériel et de systèmes logistiques.
- ▶ Déterminer l'état des systèmes d'orientation-recours existants.
- ▶ Déterminer le niveau d'hygiène du milieu dans les structures de soins.
- ▶ Déterminer l'état du système d'information sanitaire existant.

Données d'autres secteurs pertinents

- ▶ État nutritionnel
- ▶ Alimentation et sécurité alimentaire
- ▶ État de l'environnement
- ▶ Abris : leur qualité
- ▶ Éducation : l'éducation à la santé et à l'hygiène

Annexe 2

Exemples de formulaire de rapport hebdomadaire de surveillance

Surveillance de la mortalité : formulaire 1*

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 < 5 ans :

	0-4 ans		5 ans et plus		Total
	sexe masculin	sexe féminin	sexe masculin	sexe féminin	
<i>Cause immédiate</i>					
Infection aiguë des voies respiratoires inférieures					
Choléra (suspecté)					
Diarrhée – sanguinolente					
Diarrhée – aqueuse					
Traumatisme – non accidentel					
Paludisme					
Mort maternelle – directe					
Rougeole					
Méningite (suspectée)					
Néonatale (0-28 jours)					
Autre					
Inconnue					
<i>Total par âge et par sexe</i>					
<i>Cause profonde</i>					
Sida (suspecté)					
Malnutrition					
Mort maternelle – indirecte					
Maladies non transmissibles (préciser)					
Autre					
<i>Total par âge et par sexe</i>					

* Ce formulaire est utilisé lorsqu'il survient de nombreux décès et qu'il est donc impossible de recueillir des informations plus détaillées sur chacun, par manque de temps.

- D'autres causes de mortalité peuvent être ajoutées selon le contexte et les caractéristiques épidémiologiques.

- On peut ventiler les données 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 c'est faisable.

- Les décès ne seront pas seulement signalés par les structures médicales, 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.



Surveillance de la mortalité : formulaire 2*

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 < 5 ans :

N°	Sex (m, f)	Âge (jours=j mois=m ans=a)	Cause directe du décès														Causes profondes					
			Infections aiguës voies resp. infér.	Choléra (suspecté)	Diarrhée - sanguinolente	Diarrhée - aqueuse	Traumatisme - non accidentel	Paludisme	Mort maternelle - directe	Rougeole	Méningite (suspectée)	Néonatale (0-28 jours)	Maladies non transm. (préciser)	Autre (préciser)	Inconnue	Sida (suspecté)	Malnutrition	Mort maternelle - indirecte	Autre (préciser)	Date (j/mm/aa)	Emplacement sur le site (p. ex. bloc n°)	Died in hospital or at home
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

* Il permet une analyse en fonction de l'âge, une investigation des flambées épidémiques par lieu et le calcul des taux d'utilisation des installations.

- La fréquence des rapports (journaliers ou hebdomadaires) dépendra du nombre de décès.

- D'autres causes de mortalité peuvent être ajoutées selon le contexte.

- Les décès ne seront pas seulement signalés par les structures médicales, 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.

Modèle de formulaire de rapport EWARN*

* Ce formulaire est à utiliser dans la phase aiguë d'une situation d'urgence, quand le risque d'épidémie est élevé.

Date : du lundi au dimanche

Ville/village/établissement/camp :

Province : District : Sous-district :

Site : • Hospitalisation • Ambulatoire • Centre • Dispensaire

Agence(s) d'appui : Médecin responsable & n° d'appel :

Population totale : Population totale des <5 ans :

A. DONNÉES CUMULÉES HEBDOMADAIRES

Nouveaux cas	MORBIDITÉ		MORTALITÉ		Total
	< 5 ans	5 ans et +	< 5 ans	5 ans et +	
TOTAL ADMISSIONS					
TOTAL DÉCÈS					
Infection respiratoire aiguë					
Diarrhée aqueuse aiguë					
Diarrhée sanguinolente aiguë					
Paludisme - suspecté/confirmé					
Rougeole					
Méningite - suspectée					
Fièvre hémorragique aiguë					
Syndrome ictérique aigu					
Paralysie flasque aiguë (PFA)					
Tétanos					
Autre fièvre > 38,5°C					
Traumatismes/blessures					
Autres					
Total					

- Plusieurs diagnostics sont possibles. Noter le plus important. Ne compter chaque cas qu'une fois.
- Ne compter que les cas vus (ou les décès enregistrés) pendant la semaine de surveillance.
- Inscrire « 0 » (zero) si aucun cas ou décès n'a été enregistré pendant la semaine pour une des pathologies de la liste. Les décès ne doivent être inscrits que dans la section mortalité, PAS dans la section morbidité.
- Les définitions de cas pour chaque pathologie sous surveillance doivent figurer 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 EWARN 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 appelez
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 or E, dengue, méningite, diphtérie, coqueluche, fièvre hémorragique

(Cette liste peut varier en fonction du profil épidémiologique du pays)



Exemple de formulaire de rapport de routine de surveillance de la morbidité*

** La surveillance de la morbidité peut être élargie au-delà de EWARN après la phase aiguë pour couvrir d'autres maladies et suivre d'autres indicateurs.

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 5 ans :

Morbidité	Moins 5 ans (nouveaux cas) #			5 ans et plus (nouveaux cas)			Total	Rechutes
	M	F	Total	M	F	Total	Nouveaux cas	Total
Infection respiratoire aiguë**								
Diarrhée aqueuse aiguë								
Diarrhée sanguinolente aiguë								
Paludisme - suspecté/confirmé								
Rougeole								
Méningite - suspectée								
Fièvre hémorragique aiguë								
Syndrome ictérique aigu								
Paralysie flasque aiguë (PFA)								
Tétanos								
Autre fièvre > 38,5°C								
Sida - suspecté ***								
Maladies des yeux								
Malnutrition ****								
Traumatismes - accidentels								
Traumatismes - non accidentels								
Infections transmises par voie sexuelle								
Ulcère génital								
Écoulement urétral								
Écoulement vaginal								
Douleur au bas-ventre								
Maladies de la peau								
Maladies non transmissibles (p. ex. diabète)								
Vers								
Autres								
Inconnu								
Total								

* Plus d'un diagnostic est possible ; des causes de morbidité peuvent être ajoutées ou soustraites en fonction du contexte et du schéma épidémiologique

** Infections aiguës des voies respiratoires : dans certains pays, cette catégorie peut être subdivisée en voies respiratoires supérieures et inférieures.

*** La prévalence du VIH et du sida est établie de préférence par des enquêtes.

**** La prévalence de la malnutrition se mesure par une enquête rapide (PB ou rapport poids/taille). La surveillance ne dénombre que ceux qui se présentent à la consultation.

Les tranches d'âge peuvent être affinées, si possible.

ALERTE DE FLAMBÉE

À tout moment, si vous suspectez une des maladies suivantes, envoyez un SMS ou appelez ou envoyez un courriel avec le maximum d'informations sur la date, le lieu et le nombre de cas et de décès :
choléra, dysenterie/shigellose, rougeole, PFA, typhoïde, tétanos, hépatite, dengue, méningite, diphtérie, coqueluche, fièvre hémorragique.

Visites au centre de santé	Moins de 5 ans			5 ans et plus			Total	
	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Nombre total de visites								

Taux d'utilisation : nombre de visites par personne par an au centre = nombre total de visites en 1 semaine / population totale x 52 semaines.

Les tranches d'âge peuvent être affinées (0-11 mois, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans, 50-59 ans, 60+ ans), selon les possibilités.

Nombre de consultations par clinicien :

nombre total de visites (nouvelles et retour)/ETP médecin au centre/nombre jours ouverture du centre par semaine.



Annexe 3

Formules pour calculer les indicateurs de santé clés

Taux brut de mortalité

Définition : le nombre de décès dans l'ensemble de la population, englobant les deux sexes et toutes les tranches d'âge.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de décès durant la période}}{\text{Nombre de personnes à risque à la mi-période} \times \text{Nombre de jours durant cette période}} \times 10\,000 \text{ personnes} = \frac{\text{Décès/}}{10\,000 \text{ personnes /jour}}$$

Taux de mortalité chez les moins de 5 ans

Définition : le nombre de décès parmi les enfants âgés de moins de 5 ans dans la population.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de décès parmi les < 5 ans durant la période}}{\text{Nombre total des <5 ans} \times \text{Nombre de jours durant cette période}} \times 10\,000 \text{ personnes} = \frac{\text{Décès/10 000}}{\text{des <5 ans/jour}}$$

Incidence

Définition : le nombre de nouveaux cas d'une maladie qui surviennent durant une période donnée dans une population susceptible de développer la maladie.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas dus à une maladie spécifique durant la période}}{\text{Nombre de personnes susceptibles de développer la maladie} \times \text{Nombre de mois durant la période}} \times 1\,000 \text{ personnes} = \frac{\text{Nouveaux cas}}{\text{dus à la maladie spécifique/1 000 personnes/mois}}$$

Taux de létalité

Définition : le nombre de personnes qui meurent d'une maladie divisé par le nombre de personnes qui ont la maladie.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre de personnes mourant de la maladie durant la période}}{\text{Personnes qui ont la maladie durant la période}} \times 100 = x\%$$

Taux d'utilisation des structures médicales

Définition : le nombre de visites de patients ambulatoires par personne et par an. Dans la mesure du possible, on fera la distinction entre les nouvelles et les anciennes visites, et on utilisera les nouvelles visites pour calculer ce taux. Cependant, il est souvent difficile de faire la différence entre les **nouvelles** et les anciennes visites, de sorte qu'elles sont souvent additionnées pour donner le nombre total de visites durant une catastrophe.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de visites en une semaine}}{\text{Nombre total de personnes dans la population}} \times 52 \text{ semaines} = \text{Visites/personne/an}$$

Nombre de consultations par clinicien et par jour

Définition : nombre moyen de consultations totales (cas nouveaux et consultations répétées) assurées par chaque clinicien par jour.

Formule :

$$\frac{\text{Nombre total de consultations}}{\text{Nombre de cliniciens ETP* dans la structure médicale}} \div \frac{\text{Nombre de jours ouvrables de la structure médicale/ semaine}}$$

* ETP (équivalent temps plein) désigne le nombre équivalent de cliniciens travaillant dans une structure médicale. Par exemple, si six cliniciens travaillent dans le service des soins ambulatoires et si deux d'entre eux travaillent à mi-temps, le nombre de cliniciens ETP = 4 membres du personnel à plein temps + 2 membres du personnel à mi-temps = 5 cliniciens ETP.



Références et bibliographie complémentaire

Sources

Instruments juridiques internationaux

Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, document ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 25 Questions-Réponses sur la Santé et les Droits humains. Série Santé et Droits humains n°1, Genève, 2002.

whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242545694_fre.pdf

Systèmes de santé

Comité permanent interorganisations (CPI-IASC), Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national, OMS, Genève, 2009.

www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/fr/index.html

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Système d'information sanitaire, 2009.

www.unhcr.fr/pages/4aae621e38e.html

Management Sciences for Health, Managing Drug Supply, 2nd edition, Kumarian Press, Bloomfield, CT., USA, 1997.

www.kpbooks.com/Books/BookDetail.aspx?productID=187203

OMS, Principes directeurs applicables aux dons de médicaments - Révision 1999, Genève, 2009.

OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant, Genève, 2000.

www.who.int/whr/2000/fr/index.html

OMS, Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique, 2002.

OMS, Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, Genève, 2009.
www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

OMS, Kit sanitaire d'urgence inter-institutions 2006. Médicaments et dispositifs médicaux pour une population de 10 000 personnes pendant environ 3 mois, 4^e édition, Genève, 2006.

OMS et Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Bibliothèque virtuelle Santé et Catastrophes, Genève, 2001. helid.desastres.net/

Pan American Health Organization (PAHO), Natural Disasters: protecting the public's health, Scientific Publication No. 575, Washington DC, 2000.

Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE), Normes minimales pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement, Genève, 2010.
www.ineesite.org/post/know_updated_inee_minimum_standards_handbook/

WHO, Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations, Geneva, 1994.

Lutte contre les maladies transmissibles

Heymann D. L., Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition, American Public Health Association, Washington DC, 2008.

OMS, Lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes : manuel interorganisations à l'intention du personnel de terrain, Genève, 2005.

WHO, Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks, Geneva, 2002.

WHO, Communicable disease control in emergencies, Geneva, 2005.

WHO, Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition, Geneva, 2007.

Santé infantile

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale, 2009.
www.unicef.org/french/sowc09/index.php

OMS, Vaccination pratique. Guide à l'usage des personnels de santé. Mise à jour 2004, Genève, 2005.

OMS, Mise à jour technique des directives de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Évidences scientifiques et recommandations pour conduire les adaptations, 2007.

OMS/UNICEF, Manuel sur la PCIME. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, 2005.
www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546441/fr/index.html



OMS, Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux, Genève, 2005.

OMS, Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire, Genève, 2008.

Santé sexuelle et génésique

CPI-IASC, Directives sur les interventions relatives au VIH dans les situations humanitaires, 2010.

www.aidsandemergencies.org/cms/

Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés, Dispositif minimum d'urgence (DMU) en Santé reproductive dans les situations de crise : Module d'apprentissage à distance, 2006. misp.rhrc.org/

Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise, Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, version 2010 révisée pour revue sur le terrain.

OMS, Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles, 2006.

whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242590845_fre.pdf

OMS et HCR, Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, édition révisée, Genève, 2005.

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalusia School of Public Health, Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery, Granada, Spain, 2009.

Traumatismes

Hayward-Karlsson J. et al., Les hôpitaux pour blessés de guerre : guide pratique pour la mise en place et le fonctionnement d'un hôpital chirurgical dans une zone de conflit armé, Comité international de la Croix Rouge (CICR), Genève, 1998.

PAHO, Establishing a Mass Casualty Management System, Washington DC, (1995, reprint 2001).

www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO, Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care (IMEESC) tool kit: Disaster Management Guidelines, Geneva, 2005.

www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

Santé mentale

CPI-IASC, Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Genève, 2007. www.humanitarianinfo.org/iasc

Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence, Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir, Genève, 2010. www.who.int/hac/network/interagency/news/mhps_h_francais.pdf

OMS, Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, Genève, 2011. www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation, Psychological First Aid Guide, Geneva. (À paraître).

Maladies non transmissibles

Spiegel P. B. et al., Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks, *Lancet*, Vol 375, January 23, 2010.

WHO, The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings, Geneva, Draft, 28 February 2008.

WHO, WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN), Geneva, 2009.

Bibliographie complémentaire

Instruments juridiques internationaux

Baccino-Astrada A., Manuel des droits et devoirs du personnel sanitaire lors des conflits armés, CICR, Genève, 1982.

Mann J. et al. (eds.), Health and Human Rights: A Reader, Routledge, New York, 1999.

Systèmes de santé

Beaglehole R., Bonita R. and Kjellstrom T., Basic Epidemiology, 2nd edition, WHO, Geneva, 2006.

Burnham G. and Abdallah S. (eds), Public Health Guide for Emergencies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), Geneva, 2008.
www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp



Groupe de responsabilité sectorielle pour la santé du CPI, Exposé de position du Groupe de responsabilité sectorielle Santé : Éliminer la participation financière des usagers des services de soins de santé primaires en temps de crise humanitaire, Genève, 2010.

Médecins sans Frontières (MSF), Refugee Health : An Approach to Emergency Situations, Macmillan, London, 1997.

Noji E. (ed.), The Public Health Consequences of Disasters, Oxford University Press, New York, 1997.

OMS, Kit sanitaire d'urgence inter-institutions 2006, Genève, 2006.

Perrin P., Guerre et santé publique. Manuel pour l'aide aux prises de décisions, CICR, Genève, 1996.

Services de santé essentiels

Checchi F. and Roberts L., Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute, London, 2005. www.odihpn.org

HCR, Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires, Genève, 2009. www.unhcr.fr/4bfe65859.html

MSF, Rapid health assessment of refugee or displaced populations, Paris, 2006.

SMART, Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition, 2006. www.smartindicators.org

WHO, Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies, Geneva, 1999.

Lutte contre les maladies transmissibles

Connolly M. A. et al., Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges, The Lancet, London, 2004.

Cook G. C., Manson P. and Zumla A. I., Manson's Tropical Diseases, 22nd edition, WB Saunders, 2009.

OMS, Flambées de choléra. Évaluation des mesures mises en œuvre en cas de flambée et amélioration de la préparation, Genève, 2004.

OMS, Directives pour la lutte contre la shigellose, y compris lors d'épidémies dues à *Shigella dysenteriae* type 1, Genève, 2008.

Santé infantile

OMS, Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux, Genève, 2005.

OMS, FNUAP, UNICEF et la Banque mondiale, Prise en charge des problèmes du nouveau-né. Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin, Genève, 2003. whqlibdoc.who.int/publications/2007/9242546222_fre.pdf

Santé sexuelle et génésique

CPI-IASC, Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire, Genève, 2006.

HCR, Note sur le VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de la compétence du HCR, Genève, 2006. www.unhcr.fr/4ad2f8764.html

HCR, Politique du HCR en matière de traitement antirétroviral pour les réfugiés, Genève, 2007. www.unhcr.fr/4ad2f87d2.html

HCR et Southern African Clinicians Society, Guide clinique pour la prise en charge antirétrovirale des personnes déplacées. Afrique du Sud, Santé, 2007. www.unhcr.fr/4b151c620.html

HCR, OMS et ONUSIDA, Déclaration de Principe sur le Conseil et le Dépistage du VIH dans les structures de santé pour réfugiés, déplacés internes et autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, 2009. www.unhcr.fr/4b6007d69.html

International Rescue Committee (IRC), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations, Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA, 2003.

OMS, FNUAP, UNICEF et Banque mondiale, Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin, Genève, 2004. whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242545872.pdf

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, The Reproductive Health Kit for Emergency Situations, 2008.

Traumatismes

Cook J., Sankaran B. and Wasunna A. E. O. (eds), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopedics and Traumatology, WHO, Geneva, 1991.

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations, Prosthetics Orthotics International, Vol. 25, pp 168 - 170, 2001.



ISPO, Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance. www.usispo.org/code.asp

Landmines Survivors Network, Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings. A guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices, Geneva, 2007.

Landmine Survivors Network, Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings. A common approach for organizations implementing aid projects, Geneva, 2007.

MSF, Gestes médico-chirurgicaux en situation d'isolement, Paris, 1989.

Santé mentale

WHO, Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care, Geneva, 2009.

www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

UNHCR and WHO, Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide, Geneva, 2008.

www.who.int/mental_health/emergencies/unhcr_alc_rapid_assessment.pdf

Maladies non transmissibles

Fauci A. S. et al. (eds.), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition, McGraw Hill Professional, New York, 2008.

Foster C. et al. (eds.), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Philadelphia, 2010.

Tiery L. M., McPhee S.J., and Papadakis M.A. (eds.), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition, McGraw-Hill/Appleton & Lange, New York, 2003.

Annexes



Annexe 1

Documents fondateurs de la Charte humanitaire

La Charte humanitaire expose un certain nombre de convictions partagées et de principes communs relatifs à l'action humanitaire et à ses responsabilités dans les situations de catastrophe ou de conflit armé, et rappelle qu'ils figurent dans le droit international. La liste de documents fondateurs présentés ci-après réunit les instruments juridiques internationaux les plus pertinents concernant les droits humains internationaux, le droit international humanitaire (DIH), le droit relatif aux réfugiés et l'action humanitaire. Elle ne prend pas en compte le droit et les développements régionaux. Elle comprend également plusieurs directives, principes, standards ou normes, et cadres de référence qui sous-tendent la Charte humanitaire. Comme cette liste est nécessairement très sélective, d'autres ressources ainsi que des liens vers ces documents peuvent être trouvés sur le site du Projet Sphère (www.sphereproject.org). Par manque de place, des notes n'ont été ajoutées qu'aux documents qui ont semblé exiger une introduction ou une explication particulière, parce qu'ils sont plus nouveaux ou contiennent des chapitres spécifiques relatifs aux catastrophes et aux conflits armés.

Les documents sont regroupés par thèmes, sous les titres suivants :

1. ***Droits humains, protection et vulnérabilité***
2. ***Conflits armés, droit international humanitaire et aide humanitaire***
3. ***Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays***
4. ***Catastrophes et aide humanitaire***

Pour éclairer le lecteur quant à la nature de chaque document, ils ont été regroupés sous les sous-titres suivants :

1. ***Traités et droit coutumier (le cas échéant)***
2. ***Principes et directives officiellement adoptés par les Nations Unies et d'autres instances intergouvernementales***
3. ***Cadres de politique générale, directives et principes de l'action humanitaire***

1. Droits humains, protection et vulnérabilité

Les documents suivants portent essentiellement sur les droits humains 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 également été retenus, parce que ce sont là des sources de vulnérabilité très fréquentes lors de catastrophes ou de conflits armés.

1.1. Traités et droit coutumier relatifs aux droits humains, à la protection et à la vulnérabilité

Le droit conventionnel des droits humains s'applique aux États parties à ses traités, mais le droit coutumier (par exemple, l'interdiction de la torture), lui, s'applique à tous les États. Les droits humains sont applicables en tout temps, avec deux exceptions possibles :

- Certains droits civils et politiques d'usage limité peuvent être suspendus dans le cas où un danger public exceptionnel menace l'existence de la nation et est proclamé par un acte officiel, conformément à l'article 4 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (« par dérogation »).
- Dans le cas de conflits armés reconnus, le droit international humanitaire prime en cas de contradiction avec le droit international des droits humains.

1.1.1. Droits humains 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.
www.un.org/fr/documents/udhr/index.shtml/

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 proprement dit, 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.
www2.ohchr.org/french/law/ccpr.htm

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. www2.ohchr.org/french/law/ccpr-death.htm

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 : droit à la vie* ; pas de torture ni de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* ; pas d'esclavage* ; pas d'arrestation ou de détention arbitraires ; humanité et respect de la dignité en détention ; pas d'emprisonnement pour rupture de contrat* ; liberté de mouvement et de résidence ; expulsions d'étrangers seulement conformément à la loi ; égalité devant la loi ; droit à un jugement équitable et présomption d'innocence dans les affaires pénales ; pas de rétroactivité des actions délictueuses* ; 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 culturel (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. www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm

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 : droit de travailler ; de recevoir une juste rémunération ; de former des syndicats ; de jouir d'une assurance ou d'un mécanisme de sécurité sociale ; d'avoir une vie de famille, y compris 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 éducation ; et de participer à la vie culturelle et de pouvoir bénéficier des progrès scientifiques et culturels.

Convention internationale de 1965 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 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.

www2.ohchr.org/french/law/cerd.htm

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

www2.ohchr.org/french/law/cedaw.htm

Convention de 1989 relative aux 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. www2.ohchr.org/french/law/crc.htm

Protocole facultatif de 2000 à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'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. www2.ohchr.org/french/law/crc-conflict.htm

Protocole facultatif de 2000 à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'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. 221.

www2.ohchr.org/french/law/crc-sale.htm

La Convention relative aux 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, quand ils sont séparés de leur famille). Les protocoles exigent une action positive des États parties sur des questions spécifiques de 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.

www2.ohchr.org/french/law/disabilities-convention.htm

Cette Convention réaffirme les droits des personnes handicapées reconnus dans tous les autres traités relatifs aux droits humains, tout en prescrivant spécifiquement des mesures de sensibilisation portant sur les personnes handicapées, la non-discrimination et l'accessibilité des services et des installations. Il est aussi fait spécialement mention des « situations de risque et situations d'urgence humanitaire » (article 11).

1.1.2. Génocide, torture et 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.

www2.ohchr.org/french/law/genocide.htm

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.

www2.ohchr.org/french/law/cat.htm

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. Aucune 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, adopté à Rome par la Conférence diplomatique de plénipotentiaires des Nations Unies le 17 juillet 1998, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2002, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 2187, p. 3. www.icc-cpi.int/NR/rdonlyres/6A7E88C1-8A44-42F2-896F-D68BB3B2D54F/0/Rome_Statute_French.pdf

L'article 9 du Statut (Éléments 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 sur les droits humains, la protection et la vulnérabilité officiellement adoptés par les Nations Unies et d'autres instances intergouvernementales

Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, 2002, adopté par la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement le 12 avril 2002. daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/52/PDF/N0239752.pdf?OpenElement

Principes des Nations Unies pour les personnes âgées, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 46/91 du 16 décembre 1991. www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/91&Lang=F

1.3. Cadres de politique générale, directives et principes de l'action humanitaire relatifs aux droits humains, à la protection et à la vulnérabilité

Protecting Persons Affected by Natural Disasters – IASC Operational Guidelines on Human Rights and natural Disasters, 2006 (protection des personnes victimes de catastrophes naturelles – directives opérationnelles du Comité permanent interorganisations (CPI) sur les droits humains et les catastrophes naturelles, 2006, en anglais). www.humanitarianinfo.org/iasc/page-loader.aspx?page=content-products-common&tempid=91

Manual on International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (manuel du droit international et des normes applicables dans les situations de catastrophe naturelle, en anglais), Organisation internationale de droit du développement (IDLO). www.idlo.int/docnews/352doc.pdf

Principes directeurs inter-agences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille, publié par le CICR, le HCR, l'UNICEF, World Vision International, Save the Children UK et International Rescue Committee, 2004. www.icrc.org/web/fre/sitefre0.nsf/html/p1101

Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire, Comité permanent interorganisations (CPI-IASC), 2008. www.humanitarianreform.org/Default.aspx?tabid=661

Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Comité permanent interorganisations (CPI-IASC), 2007. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47c43c082

Normes minimales pour l'éducation : préparation, interventions, relèvement, Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE), 2^e édition, 2010 (officiellement reconnu comme standards associés du Projet Sphère depuis 2008). www.ineesite.org/uploads/documents/store/Minimum_Standards_French_2010.pdf

2. Conflits armés, droit international humanitaire et aide humanitaire

2.1. Traités et droit coutumier relatifs aux conflits armés, au droit international humanitaire et à 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. On trouvera sur son site (www.cicr.org) de nombreuses informations et ressources, notamment le Commentaire des Conventions de Genève et le Commentaire des Protocoles additionnels, et les règles régissant le droit international humanitaire coutumier.

2.1.1. Principaux traités de droit international humanitaire

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).
www.icrc.org/dih.nsf/full/470?opendocument

Protocole de 1977 additionnel aux Conventions de Genève de 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II).
www.icrc.org/dih.nsf/FULL/475?OpenDocument

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, commun aux quatre Conventions, qui porte sur les conflits armés non internationaux, et quelques autres éléments acceptés aujourd'hui comme appartenant au droit coutumier dans les conflits non internationaux. Les deux Protocoles additionnels de 1977 ont par la suite mis 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. Traités relatifs aux armes à utilisation restreinte ou interdite et aux biens culturels

Outre le « droit de Genève » décrit ci-dessus, il existe aussi une autre branche du droit relative aux conflits armés, souvent appelée « droit de La Haye ». Elle comprend la Convention de 1954 pour la protection des biens culturels et

plusieurs conventions relatives aux types d'armes dont l'utilisation est restreinte ou interdite, notamment les gaz et autres armes chimiques et biologiques, les armes classiques qui tuent sans discrimination ou causent des souffrances superflues, ainsi que les mines terrestres antipersonnel et les armes à sous-munitions. www.icrc.org/dih

2.1.3. Droit international humanitaire 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 – en tant qu'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, J.-M. Henckaerts et L. Doswald-Beck, CICR, Éditions Bruylant, Bruxelles, 2006. [www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/pcustom/\\$File/ICRC_001_PCUSTOM.PDF](http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/pcustom/$File/ICRC_001_PCUSTOM.PDF)

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 sur les conflits armés, le droit international humanitaire et l'aide humanitaire officiellement adoptés par les Nations Unies et d'autres instances intergouvernementales

Aide-mémoire du Conseil de sécurité des Nations Unies de 2002, mis à jour en 2003, sur la protection des civils dans les conflits armés, S/PRST/2003/27. daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N03/656/52/PDF/N0365652.pdf?OpenElement.

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 les résolutions 1820 (2008), 1888 (2009) et 1889 (2009)

Pour toutes les résolutions du Conseil de sécurité des Nations Unies, classées par année et par numéro, voir www.un.org/french/docs/cs/

2.3. Cadres de politique générale, directives et principes de l'action humanitaire relatifs aux conflits armés, au droit international humanitaire et à l'aide humanitaire

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, 2009.

www.icrc.org/web/fre/sitefre0.nsf/htmlall/p0999

3. Réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a pour mandat spécial d'assurer la protection des réfugiés au titre de la Convention et du Protocole relatifs au statut des réfugiés. Il a également reçu de l'Assemblée générale des Nations Unies mandat d'assurer la liaison avec les États en ce qui concerne la protection des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. On trouvera une abondante documentation sur le site du HCR.

www.unhcr.fr/cgi-bin/texis/vtx/home

3.1. Traités relatifs aux réfugiés et aux 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 convoquée par l'Organisation des Nations Unies à Genève, entrée en vigueur le 22 avril 1954, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 189, p. 137.

www2.ohchr.org/french/law/refugies.htm

Protocole de 1967 relatif au statut des réfugiés, dont a pris acte l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 2198 (XXI) du 16 décembre 1966, entré en vigueur le 4 octobre 1967, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 606, p. 267. www2.ohchr.org/french/law/refugies_protocole.htm

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; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ».

Convention de l'OUA de 1969 régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique, adoptée le 10 septembre 1969 à Addis-Abéba par l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement africains à sa sixième session. www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_Conventions_fr/Convention%20de%20l%20OUA%20regissant%20les%20aspects%20propres%20aux%20refugies.pdf

Cette Convention accepte et élargit la définition de la Convention de 1951, pour inclure « ... 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, en attente d'entrée en vigueur en octobre 2010. www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/text/Convention%20on%20IDPs_Fr.pdf

Il s'agit de la première convention multilatérale concernant les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Elle a été signée par 17 États membres de l'Union africaine en octobre 2009, mais requiert 15 adhésions ou ratifications formelles pour entrer en vigueur.

3.2. Principes et directives sur les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays officiellement adoptés par les Nations Unies et d'autres instances intergouvernementales

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 au Sommet mondial de 2005 à

New York, et repris dans la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 60/L.1 (132, UN doc.A/60/L.1). www.idpguidingprinciples.org/

Ces Principes sont basés 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 en tant que norme internationale destinée à guider les gouvernements, les organisations internationales et les autres acteurs concernés dans leur action visant à porter assistance et protection aux déplacés internes.

4. Catastrophes et aide humanitaire

4.1. Traités relatifs aux catastrophes et à 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 1994, entrée en vigueur le 15 janvier 1999, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 2051, p. 363.
www.un.org/french/millenaire/law/15.htm

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. www.unodc.org/documents/treaties/Special/2005%20Protocole%20facultatif.pdf

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 1999 relative à l'aide alimentaire, instrument juridique distinct lié à la Convention sur le commerce des céréales de 1995, administrée par le Comité de l'aide alimentaire par l'intermédiaire du Secrétariat du Conseil international des céréales (CIC).
www.foodaidconvention.org/fr/index/faconvention.aspx

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. www.tampere-convention.org

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.

unfccc.int/resource/docs/convkp/convfr.pdf

Protocole de Kyoto de 1997 à la Convention-Cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, adopté à Kyoto (Japon) le 11 décembre 1997 à la troisième session de la Conférence des Parties à la Convention, entré en vigueur le 16 février 2005, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 2303, p. 148.

unfccc.int/resource/docs/convkp/kpfrench.pdf

La Convention-Cadre et le Protocole de Kyoto 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 sur les catastrophes et l'aide humanitaire officiellement adoptés par les Nations Unies et d'autres instances intergouvernementales

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.

daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/584/92/IMG/NR058492.pdf?OpenElement

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 Hyogo pour 2005-2015 : pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes, adopté le 22 janvier 2005 par la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes.

www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-french.pdf

Le Cadre d'action propose aux États et aux agences humanitaires des stratégies visant à incorporer la réduction des risques de catastrophe dans leurs programmes d'intervention d'urgence, de relèvement et de préparation aux catastrophes, à l'intégrer dans une perspective de développement durable et à renforcer les capacités de résilience.

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 XXX^e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (la Conférence regroupe les États parties aux Conventions de Genève).
www.ifrc.org/fr/what/disasters/idrl/index.asp

4.3. Cadres de politique générale, directives et principes de l'action humanitaire relatifs aux catastrophes et à l'aide humanitaire

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 (voir l'annexe 2 : Code de conduite, page 419)

Principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, adoptés en 1965 par la XX^e Conférence internationale de la Croix-Rouge.
www.ifrc.org/fr/what/values/principles/index.asp

Norme HAP 2007 de redevabilité humanitaire (Humanitarian Accountability Partnership, Partenariat sur la redevabilité humanitaire, organisme international d'autoréglementation pour le secteur humanitaire, y compris la certification).
www.hapinternational.org

Principes et bonnes pratiques pour l'aide humanitaire, entérinés en 2003 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.
www.goodhumanitarianandonorship.org/Libraries/Ireland_Doc_Manager/FR-23-Principles-and-Good-Practice-of-Humanitarian-Donorship.sflb.ashx

Principes en matière de partenariat : Déclaration d'engagement, approuvés en juillet 2007 par le Dispositif mondial d'aide humanitaire (mécanisme de dialogue entre les organismes des Nations Unies à vocation humanitaire et les organisations humanitaires non rattachées aux Nations Unies).
www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

Annexe 2

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

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 Eglises*, Comité international de la Croix-Rouge (*membres du Comité directeur de l'intervention humanitaire).

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 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.

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

liérons 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

ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance (Réseau d'apprentissage actif pour la responsabilisation et la performance dans l'action humanitaire)
BMS	Breast Milk Substitute (substitut du lait maternel)
CAD	Comité d'aide au développement
CCNUCC	Convention-Cadre des Nations Unies de 1992 sur les changements climatiques
CE-DAT	Complex Emergency Database (Base de données d'urgence complexes)
CIC	Conseil international des céréales
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CPI	Comité permanent interorganisations
CRPD	UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées)
CSI	Coping Strategy Index (indice de stratégie de survie)
CTA	combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
DIH	droit international humanitaire
DMU	Dispositif minimum d'urgence
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course (traitement de brève durée sous surveillance directe)
DT	vaccin diphtérie/tétanos
DTC	vaccin diphtérie/tétanos/coqueluche
ECB	Emergency Capacity Building (renforcement des capacités d'urgence)
ENA	Emergency Nutrition Assessment (évaluation nutritionnelle dans les situations d'urgence)

ETP	équivalent temps plein
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture)
HAP	Humanitarian Accountability Partnership (Partenariat pour la redevabilité humanitaire)
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité permanent interorganisations, CPI)
ICVA	International Council of Voluntary Agencies (Conseil international des agences bénévoles)
IDLO	(voir également OIDD) International Development Law Organization (Organisation internationale de droit du développement, OIDD)
IDRL	Règles, lois et principes applicables aux actions internationales en cas de catastrophe (International Disaster Response Laws)
IEC	Information, éducation et communication
IFE	Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence)
IgG	immunoglobuline G
IMC	indice de masse corporelle
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies (Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence)
IPC	Integrated Food Security Phase Classification (Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire)
IRC	International Rescue Committee
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)
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards (Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage)
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (enquête par grappes à indicateurs multiples)
MILDA	moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
NCHS	National Center for Health Statistics (centre national américain de statistiques sanitaires)
NICS	Nutrition in Crisis Information System (système d'information sur la nutrition dans les situations de crise)
NLIS	Nutrition Landscape Information System (système d'information sur la santé et la nutrition)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de la coordination des affaires humanitaires)
OIDD	(voir IDLO) Organisation internationale de droit du développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OUA	Organisation de l'Unité africaine
PAM	Programme alimentaire mondial
PB	périmètre brachial
PCIGA	prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
PCIMA	prise en charge intégrée des maladies de l'adulte
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	programme élargi de vaccination
PIDCP	Pacte international de 1966 relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturel
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (réseau pour l'éducation et la promotion de la petite entreprise)
SKAT	Swiss Resource Centre and Consultancies for Development
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (Suivi et évaluation normalisés des phases des secours et de la transition)
SMS	Short Message Service (service de messages courts aussi appelés « textos »)
SRO	sels de réhydratation orale
TBM	taux brut de mortalité
TETU	cours Triage, évaluation et traitement d'urgence
TMM5	taux de mortalité des moins de 5 ans
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
URD	groupe Urgence-Réhabilitation-Développement
UTN	unité de turbidité néphélogométrique
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VMNIS	Vitamin and Mineral Nutrition Information System (Système d'information nutritionnelle de l'OMS sur les apports en vitamines et en minéraux)
WASH	Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion (approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène)
WSP	Water Safety Plan (plan de salubrité de l'eau)
WWF	World Wide Fund for Nature (Fonds mondial pour la Nature)

Index



A

abris, iv, 1, 2, 4, 7, 14, 24, 27, 33, 47, 52, 68, 95, 108, 111, 122, 127, 128, 129, 130, 131, 139, 140, 150, 163, 166, 168, 217, 226, 232, 234, 257, 265, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 333, 334, 344, 358, 359, 360, 385, 390

voir aussi camps

voir aussi confort thermique

voir aussi évaluation des risques

voir aussi habitat

voir aussi impact sur l'environnement

voir aussi intimité

voir aussi propriété

matériaux de construction des abris, 234

ventilation, 72, 73, 281, 301, 302, 317, 344, 352, 442

zones d'établissement communautaires temporaires, 276, 287, 288, 290, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 307, 308, 309, 321, 327

accès à la nourriture, 164, 171, 173, 179, 208, 209, 211, 212, 239, 252, 257, 359

accoucheuses, 143, 373, 374, 376

accoucheuses *voir aussi* femmes

agences humanitaires, 5, 6, 7, 10, 11, 22, 23, 26, 30, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 59, 60, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 82, 95, 97, 98, 133, 163, 168, 169, 219, 279, 284, 289, 320, 333, 336, 341, 346, 349, 388, 418

agents de santé communautaires, 143, 346

agents de santé, 137, 143, 186, 345, 346, 347, 363, 374, 380, 382

aidants familiaux, 181

aidants familiaux *voir aussi* proches aidants

aide alimentaire, iv, 184, 187, 201, 203, 210, 211, 220, 222, 224, 284, 359, 416

aide humanitaire, ii, iii, vi, 12, 24, 26, 61, 68, 69, 84, 86, 88, 90, 142, 406, 412, 413, 414, 416, 417, 418, 421

aide, ii, iii, iv, vi, 1, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 75,

76, 77, 78, 80, 82, 84, 85, 86, 88, 90, 99, 105, 106, 107, 111, 127, 129, 141, 142, 154, 164, 170, 171, 178, 183, 184, 185, 187, 188, 192, 197, 199, 201, 203, 204, 206, 207, 210, 211, 212, 220, 222, 224, 226, 229, 230, 231, 235, 236, 238, 239, 244, 251, 266, 268, 271, 273, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291, 294, 295, 296, 301, 303, 304, 306, 309, 310, 311, 312, 313, 319, 321, 322, 323, 324, 327, 335, 337, 340, 342, 359, 363, 373, 375, 376, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 387, 402, 404, 406, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 421, 422, 423, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 432, 437

alimentation, 39, 52, 95, 108, 111, 117, 131, 147, 148, 154, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 168, 173, 176, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 192, 194, 195, 200, 201, 207, 210, 212, 214, 215, 227, 230, 231, 252, 253, 256, 258, 266, 267, 268, 270, 272, 315, 326, 333, 359, 371, 372, 377, 390, 429

voir aussi sous-alimentation

voir aussi supplémentation alimentaire

aliments, 95, 102, 108, 110, 111, 113, 117, 118, 124, 126, 129, 130, 136, 165, 167, 171, 173, 185, 186, 187, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 216, 217, 221, 227, 228, 229, 230, 239, 240, 247, 281, 284, 296, 298, 299, 309, 311, 315, 317, 324, 325

aliments *voir aussi* nourriture

aliments génétiquement modifiés, 217

allaitement artificiel *voir* alimentation

allaitement au sein, 181, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 194, 195, 197, 199, 253, 254, 256

approvisionnement en eau, iv, 1, 2, 4, 7, 27, 68, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 103, 110, 112, 113, 115, 116, 117, 119, 120, 122, 124, 127, 139, 140, 142, 143, 144, 154, 214, 230, 295, 297, 309, 310, 359, 368, 430

voir aussi approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène

voir aussi eau de boisson salubre

voir aussi points de collecte d'eau

voir aussi traitement de l'eau au point d'utilisation

approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène, iv, 2, 4, 7, 92, 93, 94, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 168, 189, 267, 293, 296, 430, 443

approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène *voir aussi* WASH

ariboflavine, 201, 209

armes biologiques

articles non alimentaires, iv, 1, 2, 4, 7, 107, 108, 214, 230, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 284, 285, 288, 289, 298, 301, 302, 304, 306, 309, 310, 311, 312, 313, 315, 316, 318, 320, 324, 328, 359, 360

voir aussi couchage

voir aussi vêtements

assainissement, iv, 1, 2, 4, 7, 14, 27, 68, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 112, 116, 117, 121, 124, 140, 142, 143, 149, 150, 153, 154, 163, 165, 186, 280, 284, 288, 295, 297, 323, 333, 334, 358, 359, 367, 430

voir aussi approvisionnement en eau

voir aussi approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène

autorités locales, 5, 6, 63, 67, 68, 72, 97, 136, 168, 222, 224, 233, 240, 284, 300, 312, 322, 336, 343

autorités nationales, 133, 370, 425

B

béribéri, 179, 201, 209, 260, 261

besoins de subsistance, 40

besoins particuliers *voir* personnes vulnérables

bétail, 13, 14, 111, 112, 144, 147, 154, 164, 165, 206, 221, 231, 238, 239, 240, 246, 247, 266, 283, 295, 307, 323, 429

bonnes pratiques, 4, 59, 69, 81, 83, 84, 85, 88, 96, 102, 122, 130, 216, 221, 229, 253, 293, 304, 313, 340, 342, 379, 418

bureaux pour l'administration, 296

C

campes, v, 38, 39, 43, 45, 72, 90, 106, 131, 191, 196, 205, 224, 276, 282, 283, 287, 290, 294, 297, 327, 352, 367, 369, 372, 393, 420, 432, 441

voir aussi abris

voir aussi habitat

carences, 160, 161, 162, 167, 168, 179, 186, 187, 189, 190, 195, 197, 198, 200,

201, 207, 209, 210, 211, 259, 260, 274, 359, 371

voir aussi malnutrition

voir aussi supplémentation alimentaire

cartographie communautaire, 114

catastrophes, v, 1, 5, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 36, 45, 60, 61, 63, 71, 77, 78, 79, 85, 87, 90, 92, 96, 99, 121, 122, 126, 134, 156, 160, 165, 167, 168, 170, 175, 181, 183, 211, 224, 229, 273, 276, 286, 292, 304, 305, 307, 311, 327, 330, 334, 335, 337, 343, 344, 351, 355, 358, 362, 380, 382, 383, 386, 399, 406, 407, 411, 416, 417, 418, 419, 421, 423, 424, 426, 427

voir aussi catastrophes en milieu urbain

voir aussi évaluation initiale

catastrophes en milieu urbain, 121, 126

catastrophes en milieu urbain *voir aussi* catastrophes

centres collectifs, 282, 283, 290, 296, 297, 300

centres de santé, 117, 123, 136, 142, 147, 148, 177, 179, 283, 339, 340, 373, 374, 395

voir aussi agents de santé

voir aussi dispensaires mobiles

voir aussi hôpitaux

voir aussi hôpitaux de campagne

changements climatiques, v, 12, 13, 16, 73, 78, 175, 240, 269, 283, 305, 307, 334, 417, 428

Charte humanitaire, ii, iii, iv, 1, 2, 4, 5, 6, 17, 21, 22, 30, 32, 33, 41, 42, 43, 58, 59, 76, 77, 94, 95, 162, 163, 278, 279, 332, 333, 406

voir aussi principes de protection

voir aussi standards essentiels

voir aussi standards minimums

choléra, 93, 94, 99, 117, 147, 149, 150, 151, 170, 286, 337, 344, 363, 364, 365, 366, 367, 391, 392, 393, 395, 402

ciblage, 72, 77, 78, 80, 90, 98, 105, 107, 112, 132, 143, 162, 169, 171, 184, 187, 191, 195, 196, 202, 206, 210, 222, 223, 224, 225, 232, 235, 236, 243, 246, 271, 285, 290, 295, 305, 336, 342, 355, 360

cliniciens, 346, 397

Code de conduite, 1, 2, 26, 42, 63, 83, 418, 419, 420, 421

combustible, 40, 187, 205, 206, 213, 214, 225, 229, 230, 278, 284, 290, 295, 307, 308, 311, 316, 317, 318, 323, 324, 325

voir aussi cuisine

voir aussi fourneaux

communautés d'accueil, 60, 70, 72, 74, 78, 80, 112, 135, 174, 205, 243, 276, 283, 290, 291, 295, 297, 309, 317, 320, 321, 322, 323, 352

conception du programme, 75, 76, 77, 213

conflit armé, ii, 4, 7, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 35, 41, 42, 43, 44, 59, 60, 61, 62, 96, 164, 165, 175, 221, 237, 252, 292, 333, 358, 380, 400, 401, 406, 407, 409, 412, 413, 414, 420, 426, 427

confort thermique, 281, 298, 299, 309, 313, 314

voir aussi couchage

voir aussi vêtements

conséquences pour la santé, 100

contamination, 113, 114, 115, 116, 118, 121, 123, 129, 136, 139, 144, 149, 217, 221, 292, 435

contamination par des excréments humains, 120

Conventions de Genève, 25, 42, 164, 412, 418

coordination, v, 5, 7, 11, 12, 14, 27, 35, 50, 52, 56, 58, 66, 67, 68, 69, 79, 82, 86, 97, 105, 108, 136, 138, 162, 168, 182, 183, 236, 239, 284, 287, 288, 289, 320, 326, 330, 332, 335, 336, 353, 354, 355, 356, 358, 359, 367, 370, 373, 380, 417, 422, 425, 427, 430, 433

coqueluche, 369, 370, 371, 372, 382, 393, 395, 428

coqueluche *voir aussi* DTC

couchage, 276, 277, 278, 281, 290, 309, 313, 314, 324

voir aussi articles non alimentaires

voir aussi confort thermique

couverts *voir* cuisine, ustensiles

crises humanitaires, iii, 19, 273, 385

crues, 139, 335

cuisine, 40, 108, 111, 119, 205, 214, 225, 229, 230, 278, 280, 284, 295, 297, 300, 302, 315, 316, 317, 324, 325

voir aussi combustible

voir aussi fourneaux

voir aussi ustensiles

D

déchets médicaux, 134, 136, 137, 138, 155, 156

déchets médicaux *voir aussi* gestion des déchets

dengue, 127, 132, 149, 358, 360, 361, 366, 367, 393, 395, 433

diagnostic, 12, 129, 131, 132, 190, 200, 201, 332, 342, 361, 362, 366, 367, 386, 394

diagnostic *voir aussi* maladie

diarrhée, 109, 114, 115, 116, 125, 130, 131, 149, 187, 193, 200, 201, 212, 342, 358, 361, 368, 370, 371, 372, 391, 392, 393, 394

diphtérie, 369, 370, 371, 372, 382, 393, 395, 428

diphtérie *voir aussi* DTC

dispensaires mobiles, 340, 342

voir aussi centres de santé

voir aussi hôpitaux

voir aussi hôpitaux de campagne

Dispositif minimum d'urgence (DMU), 373, 374, 375, 400, 428

DMU *voir* Dispositif minimum d'urgence (DMU)

données, 4, 40, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 79, 80, 82, 99, 103, 112, 125, 129, 142, 170, 177, 179, 183, 252, 255, 257, 262, 286, 320, 335, 338, 341, 347, 350, 351, 352, 355, 356, 357, 358, 360, 365, 367, 369, 386, 388, 390, 391, 393, 428

voir aussi évaluation

voir aussi suivi

confidentialité des données, 18, 340, 343, 352, 376

ventilées, 71, 75, 125, 173, 321, 352

- données de mortalité, 352
voir aussi taux brut de mortalité
voir aussi taux de mortalité des moins de 5 ans
- drainage, 92, 93, 94, 96, 100, 114, 121, 127, 131, 132, 134, 137, 139, 140, 141, 146, 155, 296, 302, 308, 359, 434, 436, 442
voir aussi eaux de surface
voir aussi eaux pluviales
voir aussi niveau hydrostatique
voir aussi pollution
- droit international, 22, 23, 24, 25, 26, 36, 41, 42, 44, 95, 163, 164, 279, 333, 406, 407, 410, 411, 412, 413, 414, 416, 420, 426, 427, 428
- droits, ii, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 30, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 43, 44, 47, 48, 51, 52, 64, 65, 72, 74, 77, 78, 83, 95, 99, 153, 163, 170, 266, 279, 283, 286, 287, 293, 294, 295, 305, 308, 326, 333, 337, 343, 351, 352, 372, 383, 385, 398, 401, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 414, 416, 428, 430
voir aussi droits humains
voir aussi non-discrimination
violations des droits, 7, 65, 78, 83, 352
- droits humains, 7, 17, 24, 26, 36, 52, 65, 74, 77, 78, 83, 95, 279, 326, 352, 372, 385, 398, 406, 407, 409, 410, 411, 414, 416
- droits humains *voir aussi* droits
- DTC (diphthérie, tétanos, coqueluche), 369, 372, 382, 428
voir aussi coqueluche
voir aussi diphthérie
voir aussi tétanos
- E**
-
- eau de boisson salubre, 96
voir aussi approvisionnement en eau
voir aussi eau potable
voir aussi pollution
- eau potable, 96, 110, 120, 164, 226, 229, 230, 280
- eaux de surface, 132, 134, 139, 140, 141, 145, 296, 301, 302
voir aussi drainage
voir aussi eaux pluviales
voir aussi eaux souterraines
voir aussi pollution
- eaux pluviales, 139, 141
voir aussi drainage
voir aussi eaux de surface
voir aussi eaux souterraines
voir aussi pollution
- eaux souterraines, 122, 136, 145
voir aussi drainage
voir aussi eaux de surface
voir aussi eaux pluviales
voir aussi pollution
voir aussi sources d'eau
- écoles, 44, 63, 65, 105, 123, 142, 147, 148, 207, 230, 280, 283, 288, 289, 290, 292, 295, 296, 302, 305, 311, 321, 323, 328, 341
- éducation à la santé, 359, 361, 370, 390
- emploi, 97, 104, 106, 162, 166, 168, 174, 187, 190, 194, 202, 204, 210, 214, 217, 225, 235, 236, 237, 242, 243, 245, 284, 309, 310, 312, 336
- enfants, v, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 40, 45, 46, 49, 51, 64, 65, 72, 73, 74, 77, 84, 88, 104, 105, 107, 109, 113, 118, 121, 122, 123, 124, 126, 129, 136, 143, 148, 160, 161, 162, 166, 167, 168, 176, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 206, 207, 208, 210, 211, 214, 215, 226, 227, 229, 230, 244, 252, 253, 255, 256, 257, 260, 261, 264, 266, 267, 270, 280, 289, 295, 297, 300, 304, 314, 315, 318, 320, 321, 324, 326, 332, 341, 355, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 368, 369, 370, 371, 372, 377, 383, 388, 396, 399, 400, 407, 408, 409, 411, 429, 430
voir aussi nourrissons
voir aussi personnes vulnérables
- enlèvement de dépouilles mortelles, 135
- enquête anthropométrique, 177, 178, 179, 256
- entreposage des aliments, 130

érosion, 73, 139, 140, 141, 203, 204, 246, 296, 306, 308

érosion, 73, 139, 140, 141, 203, 204, 246, 296, 306, 308

érosion des biens, 203, 204, 246

espaces de jeu, 292, 295

évacuation des excréments, 92, 93, 94, 96, 100, 105, 115, 120, 121, 122, 124, 126, 127, 131, 140, 144, 145, 146, 155, 156, 296, 359

évacuation des excréments *voir aussi* excréments

évaluation de la sécurité alimentaire, 160, 161, 162, 171, 172, 173, 176, 179, 180, 201, 202, 205, 209, 211, 220, 223, 246, 248, 252, 268, 293

évaluation des besoins, 102, 276, 277, 278, 311, 320, 385

voir aussi évaluation des risques

voir aussi évaluation initiale

évaluation des risques, 105, 269, 291, 365

voir aussi évaluation des besoins

voir aussi évaluation initiale

évaluation initiale, 70, 74, 92, 93, 94, 98, 102, 142, 169, 171, 174, 177, 267, 285, 288, 311, 320, 336

voir aussi évaluation des besoins

voir aussi évaluation des risques

évaluation *voir* évaluation initiale, évaluation des besoins, évaluation des risques

évaluation, v, 5, 10, 12, 13, 16, 27, 37, 56, 58, 60, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 88, 90, 92, 93, 94, 98, 99, 102, 105, 114, 116, 129, 142, 154, 160, 161, 162, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 187, 198, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 209, 211, 213, 214, 215, 218, 220, 223, 224, 228, 231, 232, 233, 237, 241, 245, 246, 248, 250, 252, 255, 257, 258, 259, 265, 267, 268, 269, 270, 276, 277, 278, 285, 286, 288, 289, 291, 292, 293, 304, 307, 309, 311, 312, 320, 330, 331, 332, 335, 336, 338, 345, 350, 351, 352, 363, 364, 365, 368, 370, 372, 379, 380, 385, 388, 393, 402, 421, 428, 430

voir aussi données

voir aussi suivi

excréments, 92, 93, 94, 96, 100, 105, 114, 115, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 130, 131, 136, 140, 144, 145, 146, 149, 150, 151, 155, 156, 296, 359

voir aussi évacuation des excréments

voir aussi gestion des déchets solides

voir aussi toilettes

exploitation sexuelle, 84, 99, 170, 226, 228, 285, 304, 337, 375

F

femmes enceintes, 123, 128, 129, 167, 181, 184, 185, 207, 208, 210, 211, 214, 243, 255, 258, 262, 264, 314, 324, 360, 372, 374, 376, 378, 379

voir aussi femmes

voir aussi personnes vulnérables

trousses d'accouchement, 374

femmes, 12, 17, 18, 23, 36, 40, 45, 46, 59, 64, 65, 70, 72, 73, 74, 77, 78, 82, 84, 87, 97, 98, 104, 106, 107, 109, 113, 117, 118, 119, 122, 123, 125, 126, 128, 129, 142, 145, 148, 153, 167, 169, 173, 175, 181, 184, 185, 186, 207, 208, 210, 211, 214, 222, 224, 226, 230, 232, 235, 236, 242, 243, 244, 247, 248, 255, 258, 260, 261, 262, 264, 273, 285, 289, 295, 304, 313, 314, 315, 317, 319, 321, 322, 324, 325, 326, 328, 337, 341, 346, 355, 360, 372, 374, 375, 376, 378, 379, 388, 391, 392, 400, 408, 409, 413, 421

voir aussi femmes enceintes

voir aussi intimité

voir aussi mères allaitantes

voir aussi personnes vulnérables

voir aussi violence fondée sur le genre

participation des femmes

filles, 17, 23, 36, 46, 59, 65, 70, 72, 73, 77, 87, 97, 99, 107, 109, 123, 125, 126, 142, 148, 153, 169, 175, 244, 273, 285, 313, 317, 328, 337

voir aussi enfants

voir aussi femmes

voir aussi violence fondée sur le genre

formation, vi, 15, 82, 83, 84, 90, 97, 105, 106, 107, 113, 114, 116, 124, 133, 140, 168, 183, 200, 220, 229, 234, 238, 239, 259,

283, 296, 304, 318, 319, 322, 325, 335, 344, 345, 346, 385
 fourneaux, 205, 278, 290, 298, 302, 316, 317, 318, 324
voir aussi combustible
voir aussi cuisine
voir aussi ustensiles
 funérailles, 49, 212, 295, 344

G

garçons, 17, 23, 36, 59, 70, 72, 77, 87, 148, 153, 273, 313, 328
 garçons *voir aussi* enfants
 gestion de la chaîne logistique, 162, 207, 218, 219, 221, 271, 305
 gestion des déchets, 92, 93, 94, 100, 114, 127, 131, 134, 137, 146, 156, 217, 340, 359
 gestion des déchets solides *voir* gestion des déchets
 gestion des médicaments, 347, 348

H

habitat, iv, 1, 2, 4, 7, 35, 51, 52, 115, 120, 129, 130, 131, 135, 136, 139, 140, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 313, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 326, 334, 344, 359, 360, 408
voir aussi abris
voir aussi centres collectifs
voir aussi zones d'établissement communautaires temporaires
 habitudes culturelles, 49, 63, 124, 237, 300, 314, 315, 344
 hépatite (A, B, C), 135, 138, 149, 344, 375, 393, 395
 hôpitaux, 44, 117, 139, 143, 147, 148, 150, 288, 292, 296, 302, 305, 333, 340, 341, 343, 344, 348, 350, 351, 360, 361, 364, 370, 373, 374, 375, 376, 377, 379, 380, 381, 384, 385, 389, 391, 392, 400, 403
voir aussi agents de santé
voir aussi centres de santé

voir aussi dispensaires mobiles
voir aussi hôpitaux de campagne
 hôpitaux de campagne, 340, 343
voir aussi centres de santé
voir aussi dispensaires mobiles
voir aussi hôpitaux
 hygiène personnelle, 95, 100, 107, 109, 110, 113, 117, 130, 149, 309, 310, 311, 323

I

impact sur l'environnement, 110, 134, 144, 205, 206, 278, 289, 292, 306, 307, 308, 319
 inondations, 16, 73, 121, 123, 126, 134, 146, 165, 240, 243, 289, 292, 307, 308, 335
 insectes, 129, 130, 132, 149, 217, 229, 359, 360
 insécurité alimentaire, 164, 165, 166, 172, 173, 193, 204, 205, 236, 243, 247, 266, 269
 intégration, 82, 87, 153, 175, 234, 273, 327, 328, 345, 350, 375, 411
 intervention en cas de catastrophe, 4, 16, 22, 84, 122, 124, 207, 320, 330, 341, 343, 375, 378, 379, 421, 422, 424, 427
 intimité, 106, 118, 123, 290, 297, 298, 299, 300, 309, 340, 343
voir aussi abris
voir aussi femmes

J

jeunes enfants *voir* enfants

L

lait, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 214, 215, 253, 267, 428
voir aussi lait maternel
voir aussi supplémentation alimentaire
 lait maternel, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 215, 253, 267, 428
voir aussi lait

voir aussi supplémentation alimentaire
latrines, 120, 121, 122, 124, 125, 132, 145
voir aussi toilettes
lavage des mains, 118, 122, 123, 126, 140, 141, 147
voir aussi savon
voir aussi lavage
lavage, 109, 117, 118, 121, 122, 123, 125, 126, 130, 134, 136, 137, 140, 141, 147, 229, 314, 381, 382
lessive, 108, 109, 118, 122, 130, 140, 141
voir aussi savon
voir aussi lavage
liberté de mouvement, 42, 43, 45, 334, 408
lutte antipaludique, 131, 132, 362, 399
voir aussi moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)
voir aussi paludisme
lutte antivectorielle, 92, 93, 94, 96, 100, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 141, 146, 155, 156, 298, 302, 313, 314, 324, 358, 359, 360, 368

M

maladie, 19, 48, 73, 84, 85, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 112, 113, 114, 115, 120, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 138, 139, 142, 145, 146, 149, 164, 165, 166, 170, 179, 181, 192, 193, 197, 198, 200, 201, 206, 210, 211, 212, 229, 238, 240, 253, 279, 280, 285, 292, 294, 298, 302, 314, 321, 331, 332, 334, 335, 337, 339, 342, 343, 344, 347, 350, 351, 352, 355, 358, 359, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 381, 386, 387, 389, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 399, 401, 402, 404, 430
voir aussi carences en micronutriments
voir aussi maladies à vecteurs
voir aussi maladies chroniques
voir aussi maladies liées à l'eau
voir aussi maladies liées aux excréments
voir aussi maladies transmissibles

maladies à vecteurs, 127, 128, 129, 131, 145, 146, 358
maladies à vecteurs *voir aussi* lutte antivectorielle
maladies chroniques, 19, 125, 192, 197, 314, 321, 362, 386, 387
maladies infectieuses transmises par voie oro-fécale *voir* maladie
maladies infectieuses *voir* maladies transmissibles
maladies liées à l'eau, 93, 94, 95, 96, 97, 103, 130, 149
maladies liées aux excréments, 120
maladies liées aux excréments *voir aussi* maladie
maladies non transmissibles, 331, 332, 342, 355, 363, 386, 387, 391, 394, 401, 404
voir aussi maladie
voir aussi maladies transmissibles
maladies transmissibles, 48, 132, 138, 193, 210, 253, 302, 331, 332, 335, 342, 343, 350, 351, 355, 358, 361, 362, 363, 366, 368, 371, 399, 402
voir aussi maladie
voir aussi maladies non transmissibles
malnutrition, 16, 160, 161, 162, 165, 167, 168, 177, 178, 179, 180, 184, 186, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 207, 210, 212, 223, 255, 256, 257, 258, 259, 267, 269, 270, 272, 273, 334, 358, 359, 360, 361, 368, 371, 391, 392, 393, 394, 432, 435, 438, 439, 441, 442
voir aussi alimentation
voir aussi carences en micronutriments
voir aussi nutrition
voir aussi sous-alimentation
voir aussi supplémentation alimentaire
malnutrition aiguë *voir* malnutrition
malnutrition chronique *voir* malnutrition
malnutrition sévère *voir* malnutrition

marchés, 78, 123, 135, 137, 148, 162, 165, 174, 204, 209, 211, 219, 220, 232, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 251, 268, 288, 293, 297, 309

matériaux de construction, 124, 234, 280, 283, 288, 290, 304, 306, 308, 310, 311, 312, 322, 323

matériel médical, 332, 339, 347, 348

voir aussi médicaments

voir aussi médicaments essentiels

médicaments, 136, 186, 332, 339, 341, 347, 348, 349, 362, 365, 371, 375, 376, 379, 385, 386, 387, 390, 398, 399

voir aussi gestion des médicaments

voir aussi matériel médical

voir aussi médicaments essentiels

médicaments essentiels, 341, 347, 348, 365, 371, 387, 390, 399

voir aussi matériel médical

voir aussi médicaments

méningite, 342, 361, 364, 365, 366, 367, 391, 392, 393, 394, 395

méningite *voir aussi* vaccination

menstruation, 126, 145

voir aussi femmes

voir aussi filles

mères allaitantes, 128, 167, 181, 184, 185, 194, 199, 208, 210, 211, 214, 262, 314, 324

MILDA *voir* moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)

voir aussi paludisme

voir aussi lutte antipaludique

minéraux, 177, 210, 211, 263, 430

mobilisation communautaire, 104, 106, 115, 127, 189

morbidité, 73, 127, 166, 179, 181, 187, 189, 193, 334, 335, 351, 352, 355, 356, 358, 361, 368, 370, 374, 375, 376, 380, 386, 389, 393, 394

mouches, 123, 127, 129, 130, 131, 134, 136, 137, 149

moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), 128, 129, 313, 324, 360, 367, 429

moyens de subsistance, iv, v, 16, 25, 41,

42, 46, 74, 78, 108, 160, 161, 162, 165, 166, 168, 171, 172, 173, 174, 175, 180, 202, 203, 204, 205, 209, 211, 220, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 240, 241, 242, 244, 245, 247, 248, 252, 280, 283, 288, 293, 303, 304, 307, 319, 323, 325

N

niacine, 201, 208, 261, 263

niveau hydrostatique, 111, 121, 122, 123, 124, 145, 296

non-discrimination, 24, 42, 95, 163, 333, 409, 439, 441

non-refoulement, 25, 439

nourrissons, 105, 128, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 194, 196, 197, 199, 215, 253, 255, 256, 266, 270, 300, 313, 314, 318, 324, 368, 369, 377, 429

voir aussi allaitement maternel

voir aussi enfants

voir aussi personnes vulnérables

nourriture, 24, 27, 77, 105, 109, 145, 150, 160, 162, 164, 165, 167, 174, 179, 180, 183, 193, 194, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 252, 257, 266, 271, 280, 290, 297, 300, 315, 359, 385, 408

voir aussi accès à la nourriture

voir aussi aliments

voir aussi vivres

nutrition, iv, 1, 2, 4, 7, 14, 27, 154, 159, 162, 163, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 177, 178, 180, 184, 199, 200, 209, 212, 239, 254, 255, 263, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 359, 428, 429, 430, 435, 438, 439, 442

voir aussi carences en micronutriments

voir aussi malnutrition

voir aussi nourriture

voir aussi sous-alimentation

O

obligation de rendre des comptes, 59, 183, 234

obligation de rendre des comptes *voir aussi* redevabilité

ordures ménagères, 134, 135, 136, 137, 280

ordures ménagères *voir aussi* gestion des déchets

organisations de la société civile, 66, 67, 224

outils, 50, 64, 81, 87, 122, 125, 129, 139, 141, 173, 174, 175, 178, 209, 231, 233, 239, 240, 241, 243, 246, 252, 272, 290, 303, 304, 306, 311, 312, 318, 319, 325, 327, 330, 352, 354

outils *voir aussi* articles non alimentaires

P

paludisme, 127, 129, 131, 132, 145, 149, 187, 201, 210, 253, 342, 358, 359, 360, 361, 362, 364, 366, 367, 371, 391, 392, 393, 394

voir aussi lutte antipaludique

voir aussi moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)

prévention du paludisme, 359

parents, 46, 99, 122, 169, 230, 285, 337, 341, 440

voir aussi aidants familiaux

voir aussi proches aidants

patients ambulatoires, 148, 196, 198, 397

patients ambulatoires *voir aussi* patients hospitalisés

patients hospitalisés, 196, 198, 360

patients hospitalisés *voir aussi* patients ambulatoires

PCIMA *voir* prise en charge intégrée des maladies de l'adulte

PCIME *voir* prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

pellagre, 179, 201, 209, 261

personnes âgées, v, 13, 18, 19, 40, 45, 46, 53, 65, 72, 77, 90, 98, 113, 118, 123, 124, 128, 167, 211, 222, 225, 226, 230, 243, 247, 255, 258, 264, 273, 295, 304, 314, 315, 322, 324, 355, 388, 407, 411

personnes âgées *voir aussi* personnes vulnérables

personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, 25, 26, 34, 36, 43, 45, 52, 129, 130, 164, 224, 243, 276, 282, 283, 284, 287, 289, 294, 302, 305, 310, 311, 320, 321, 322, 323, 325, 326, 372, 389, 400, 403, 406, 414, 415, 416

voir aussi communautés d'accueil

voir aussi personnes vulnérables

personnes handicapées, v, 13, 19, 20, 40, 42, 45, 46, 72, 84, 98, 109, 118, 119, 123, 124, 145, 157, 167, 169, 192, 212, 222, 225, 226, 230, 243, 247, 258, 285, 289, 295, 300, 315, 321, 322, 337, 355, 381, 388, 409, 428

personnes handicapées *voir aussi* personnes vulnérables

personnes vivant avec le VIH, 18, 73, 78, 98, 112, 113, 118, 169, 192, 197, 208, 212, 230, 247, 273, 285, 373, 378

personnes vivant avec le VIH *voir aussi* VIH et sida

PEV *voir* programme élargi de vaccination (PEV)

plan de salubrité de l'eau, 113, 114, 155, 430

planification, 5, 16, 64, 67, 84, 97, 105, 106, 136, 167, 168, 175, 179, 180, 186, 205, 209, 210, 217, 226, 233, 235, 262, 278, 287, 290, 292, 293, 294, 297, 300, 304, 306, 307, 308, 310, 313, 323, 335, 422, 425

pneumonie, 361, 362, 371, 372

points de collecte d'eau, 140

pollution, 17, 122, 134, 136, 238, 317, 434, 436, 440, 441, 442, 443

voir aussi eaux de surface

voir aussi eaux pluviales

voir aussi eaux souterraines

voir aussi sources d'eau

voir aussi toilettes

population touchée par une catastrophe, ii, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 23, 26, 27, 30, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 62, 64, 65, 69, 70, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 92, 95, 96, 98, 101, 103, 105, 107, 108, 112, 118, 119, 130, 133, 134, 136, 139, 140, 160, 163, 169, 170, 172, 173, 174, 176, 182, 183, 191, 203, 205, 213, 223, 226, 235, 246, 259, 276, 280, 281, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 298, 304, 310, 312, 313, 315, 316, 317, 320, 321, 322, 324, 330, 333, 334, 337, 339, 341, 342, 347, 348, 349, 353, 355, 358, 361, 370, 372, 383, 386, 388

premiers secours, 85, 244, 380, 381, 383, 385

préparation aux catastrophes, 5, 11, 60, 71, 79, 85, 92, 160, 183, 276, 330, 418

principe d'humanité, 6, 23, 95, 163, 279, 333

principes de protection, iv, 1, 2, 6, 7, 22, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 58, 92, 94, 98, 122, 123, 125, 160, 162, 168, 169, 175, 225, 243, 244, 276, 278, 284, 330, 332, 336

voir aussi Charte humanitaire

voir aussi standards essentiels

voir aussi standards minimums

prise de décisions, 27, 67, 81, 97, 177, 180, 342, 350, 351, 352

prise en charge intégrée des maladies de l'adulte (PCIMA), 361, 362, 430

prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), 361, 362, 370, 371, 399, 430

proches aidants, 184, 185, 187, 212, 229, 256, 257

voir aussi aidants familiaux

programme élargi de vaccination (PEV), 368, 369, 370, 390, 430

promotion de l'hygiène, iv, 1, 2, 4, 7, 91, 92, 93, 94, 95, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 113, 115, 117, 120, 121, 126, 142, 143, 154, 229, 309, 310, 311, 359, 368, 430

voir aussi approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène

propriété, 5, 35, 47, 48, 51, 287, 292, 293, 294, 295, 305, 308, 321

propriété des logements *voir* propriété

propriété des terrains *voir* propriété

propriété foncière *voir* propriété

Q

qualité et redevabilité, 5

quarantaine, 93, 94, 117, 150, 296, 363

quincaillerie *voir* outils

R

rations alimentaires, 179, 187, 189, 209, 210, 211, 212, 215, 223, 420

rations *voir* aliments, nourriture, rations alimentaires

reconstruction, 78, 231, 276, 282, 287, 289, 322, 326, 327, 423, 440

redevabilité, ii, iii, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 59, 65, 80, 81, 86, 216, 217, 218, 223, 418, 429
voir aussi obligation de rendre des comptes

réfugiés, vi, 18, 24, 25, 51, 52, 97, 129, 156, 164, 243, 270, 326, 327, 367, 389, 398, 400, 402, 403, 406, 414, 415, 416, 420, 429

relèvement, v, 11, 12, 13, 20, 59, 60, 62, 70, 76, 78, 92, 153, 160, 174, 267, 276, 281, 287, 289, 293, 305, 311, 327, 334, 383, 385, 399, 411, 418

rémunération, 233, 242, 243, 244, 245, 246, 292, 345, 408

réseaux sociaux, 20, 49, 62, 203, 212, 237, 251, 297, 384

rongeurs, 129, 130, 131, 134, 136, 217

rougeole, 99, 170, 179, 200, 201, 210, 253, 285, 337, 358, 361, 364, 366, 367, 368, 369, 370, 391, 392, 393, 394, 395

voir aussi vaccination

voir aussi vitamine A

S

santé génésique, 185, 332, 353, 372, 373, 374, 375

santé génésique *voir aussi* santé reproductive

santé mentale, 19, 49, 53, 85, 86, 328, 331, 332, 355, 373, 383, 384, 385, 401, 404, 411

santé publique, 96, 97, 100, 101, 103, 104, 114, 116, 134, 160, 161, 162, 164, 177, 179, 190, 200, 201, 209, 210, 221, 253, 259, 260, 261, 311, 334, 335, 340, 341, 342, 348, 350, 356, 361, 386, 389, 390, 402

santé reproductive, 374, 375, 400

voir aussi santé génésique

savon, 102, 108, 109, 118, 126, 138, 145

voir aussi lavage des mains

voir aussi lessive

voir aussi lavage

scorbut, 179, 201, 209, 261, 274

sécheresse(s), 16, 73, 112, 165, 206, 239, 240, 247

sécurité, iv, 1, 2, 4, 6, 7, 14, 22, 23, 24, 25, 27, 33, 35, 38, 39, 43, 44, 45, 51, 62, 69, 70, 71, 74, 77, 78, 83, 85, 94, 95, 96, 99, 101, 102, 105, 106, 107, 108, 119, 120, 122, 123, 125, 133, 136, 137, 138, 142, 154, 156, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 183, 185, 186, 187, 189, 191, 194, 196, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 252, 265, 266, 268, 269, 271, 279, 280, 281, 285, 287, 289, 290, 291, 293, 296, 297, 298, 299, 300, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 316, 317, 318, 320, 321, 324, 333, 334, 337, 340, 342, 343, 349, 351, 352, 359, 367, 375, 377, 383, 384, 385, 388, 390, 408, 410, 413, 414, 416, 424, 425, 426, 427, 429

sécurité alimentaire, iv, 1, 2, 4, 7, 107, 154, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 183, 185, 186, 187, 189, 191, 194, 196, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 213, 214, 215, 217, 218,

219, 220, 221, 222, 223, 228, 230, 231, 232, 235, 236, 237, 241, 242, 244, 245, 246, 248, 249, 252, 265, 266, 268, 269, 271, 293, 306, 309, 311, 312, 317, 334, 349, 359, 390, 429

sels de réhydratation orale (SRO), 201, 371, 372, 430

semences, 174, 231, 239, 240, 241, 246, 247, 250, 251

voir aussi aliments génétiquement modifiés

services de laboratoire, 340, 342

services de santé, 48, 49, 85, 127, 132, 166, 168, 179, 186, 188, 190, 192, 193, 198, 200, 201, 210, 231, 243, 246, 253, 280, 302, 330, 331, 332, 334, 335, 336, 339, 340, 341, 342, 343, 345, 346, 348, 349, 350, 351, 353, 355, 356, 358, 361, 362, 363, 368, 370, 371, 372, 373, 375, 377, 380, 383, 385, 386, 388, 402

voir aussi accès aux services de santé

voir aussi services de santé essentiels

services de santé essentiels *voir* services de santé

sida *voir* VIH et sida

soins de santé, 27, 36, 48, 49, 165, 185, 196, 244, 245, 295, 334, 340, 342, 343, 348, 349, 371, 374, 375, 376, 378, 384, 385, 387, 389, 402

sources d'eau, 111, 117, 120, 121, 122, 130, 134, 140, 141, 144, 221, 367

voir aussi approvisionnement en eau

voir aussi pollution

sous-alimentation, 164, 165, 166, 167, 168, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 189, 193, 196, 244, 252, 253

voir aussi alimentation

voir aussi carences en micronutriments

voir aussi malnutrition

voir aussi nutrition

voir aussi supplémentation alimentaire

soutien psychosocial, 13, 14, 20, 46, 49, 53, 68, 86, 328, 373, 384, 401, 411

SRO *voir* sels de réhydratation orale
standards associés, v, 13, 14, 98, 168, 336, 411

standards essentiels, iv, 1, 2, 4, 6, 7, 8, 22, 24, 26, 27, 37, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 68, 80, 92, 94, 98, 101, 160, 162, 163, 168, 169, 232, 252, 276, 278, 284, 285, 289, 311, 330, 332, 333, 336, 337

voir aussi Charte humanitaire

voir aussi principes de protection

voir aussi standards minimums

standards minimums, ii, iii, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 22, 24, 26, 27, 56, 59, 76, 78, 79, 82, 91, 92, 95, 96, 100, 159, 160, 163, 164, 168, 171, 275, 276, 279, 280, 287, 329, 330, 333, 339

voir aussi Charte humanitaire

voir aussi principes de protection

voir aussi standards essentiels

stratégies d'adaptation, 17, 99, 165, 170, 175, 202, 203, 204, 205, 249, 280, 286, 289, 337, 417

suivi, v, 5, 12, 16, 27, 44, 51, 60, 77, 79, 80, 81, 82, 90, 98, 103, 104, 105, 107, 111, 113, 114, 116, 118, 150, 169, 178, 180, 187, 189, 192, 193, 197, 206, 207, 211, 216, 219, 220, 222, 223, 226, 228, 230, 232, 233, 234, 236, 238, 241, 259, 276, 285, 301, 307, 312, 319, 330, 336, 344, 349, 362, 375, 420, 430

voir aussi données

voir aussi évaluation

supplémentation alimentaire, 189, 190, 191, 193, 194, 196, 201, 207, 210, 215, 228, 253, 256, 262, 360

voir aussi alimentation

voir aussi allaitement maternel

voir aussi carences en micronutriments

voir aussi malnutrition

système de distribution, 224

système d'information sanitaire, 350, 351, 363, 390, 398

systèmes d'alerte précoce, 97, 168, 174, 244, 284, 335

T

taux brut de mortalité (TBM), 334, 356, 357, 389, 396, 430

voir aussi taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)

taux de létalité, 364, 367, 368, 397

taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5), 356, 357, 430

voir aussi taux brut de mortalité (TBM)

TBM *voir* taux brut de mortalité (TBM)

tests en laboratoire, 342, 366

tétanos, 135, 138, 369, 375, 381, 382, 393, 394, 395, 428

voir aussi DTC

thiamine, 201, 209, 263, 274, 442

TMM5 *voir* taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)

toilette *voir* lavage

toilettes, 93, 94, 102, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 139, 140, 145, 146, 147, 148, 150, 226, 296

voir aussi approvisionnement en eau

voir aussi latrines

voir aussi pollution

traitement de l'eau, 113, 114, 115, 116, 122, 141, 144, 152

traitement de l'eau au point d'utilisation, 115, 116

voir aussi approvisionnement en eau

voir aussi traitement de l'eau

transferts d'argent liquide et de bons d'achat, 12, 107, 160, 161, 162, 168, 174, 202, 204, 231, 232, 233, 234, 241, 244, 309, 311, 349

voir aussi transferts de vivres

transferts de vivres, 160, 161, 162, 165, 168, 174, 175, 179, 183, 184, 189, 191, 194, 196, 201, 202, 205, 206, 207, 208, 211, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 222, 224, 226, 228, 230, 231, 235, 236, 239, 244, 265, 306, 312, 317

voir aussi transferts d'argent liquide et de bons d'achat

transferts, 160, 161, 162, 165, 168, 174, 175, 179, 183, 184, 189, 191, 194, 196, 201, 202, 205, 206, 207, 208, 211, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 222, 224, 226, 228, 230, 231, 235, 236, 239, 244, 265, 306, 312, 317

traumatismes, 137, 244, 331, 332, 335, 343, 352, 355, 375, 380, 381, 382, 393, 394, 400, 403

travail contre rémunération, 233, 244, 292

travailleurs humanitaires, 7, 56, 58, 59, 60, 70, 72, 82, 83, 84, 85, 88, 95, 98, 163, 169, 279, 285, 333, 336

tremblements de terre, 79, 165, 292, 335

triage, 340, 361, 370, 371, 372, 380, 381, 430, 442

tuberculose, 99, 170, 191, 192, 196, 197, 198, 253, 262, 285, 302, 337, 362, 378

typhoïde, 149, 364, 393, 395

U

ustensiles, 119, 213, 214, 229, 230, 278, 284, 315, 324

voir aussi cuisine

voir aussi fourneaux

V

vaccination, 201, 253, 342, 358, 359, 366, 367, 368, 369, 370, 372, 379, 382, 390, 399, 430, 437, 438, 443

voir aussi approvisionnement en eau

voir aussi eau de boisson salubre

voir aussi méningite

voir aussi programme élargi de vaccination

voir aussi pollution

voir aussi rougeole

vêtements, 24, 84, 111, 118, 128, 129, 130, 133, 135, 138, 150, 151, 244, 254, 276, 277, 278, 281, 290, 309, 311, 313, 314, 324, 408

voir aussi articles non alimentaires

voir aussi confort thermique

vêtements de protection, 133, 135, 138, 244

VIH et sida, v, 13, 18, 73, 78, 89, 98, 99, 112, 113, 118, 125, 169, 170, 181, 184, 186, 188, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 205, 208, 212, 225, 230, 244, 247, 253, 257, 262, 265, 270, 273, 285, 332, 337, 344, 373, 375, 377, 378, 379, 391, 392, 394, 400, 403, 430

VIH et sida *voir aussi* personnes vivant avec le VIH

violence fondée sur le genre, 35, 46, 51

violence(s) sexuelle(s), 16, 18, 51, 97, 271, 373, 374, 375, 413

vivres, 160, 161, 162, 164, 165, 168, 174, 175, 179, 183, 184, 189, 191, 194, 196, 201, 202, 205, 206, 207, 208, 211, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 222, 224, 226, 228, 230, 231, 235, 236, 239, 243, 244, 247, 265, 271, 306, 312, 317

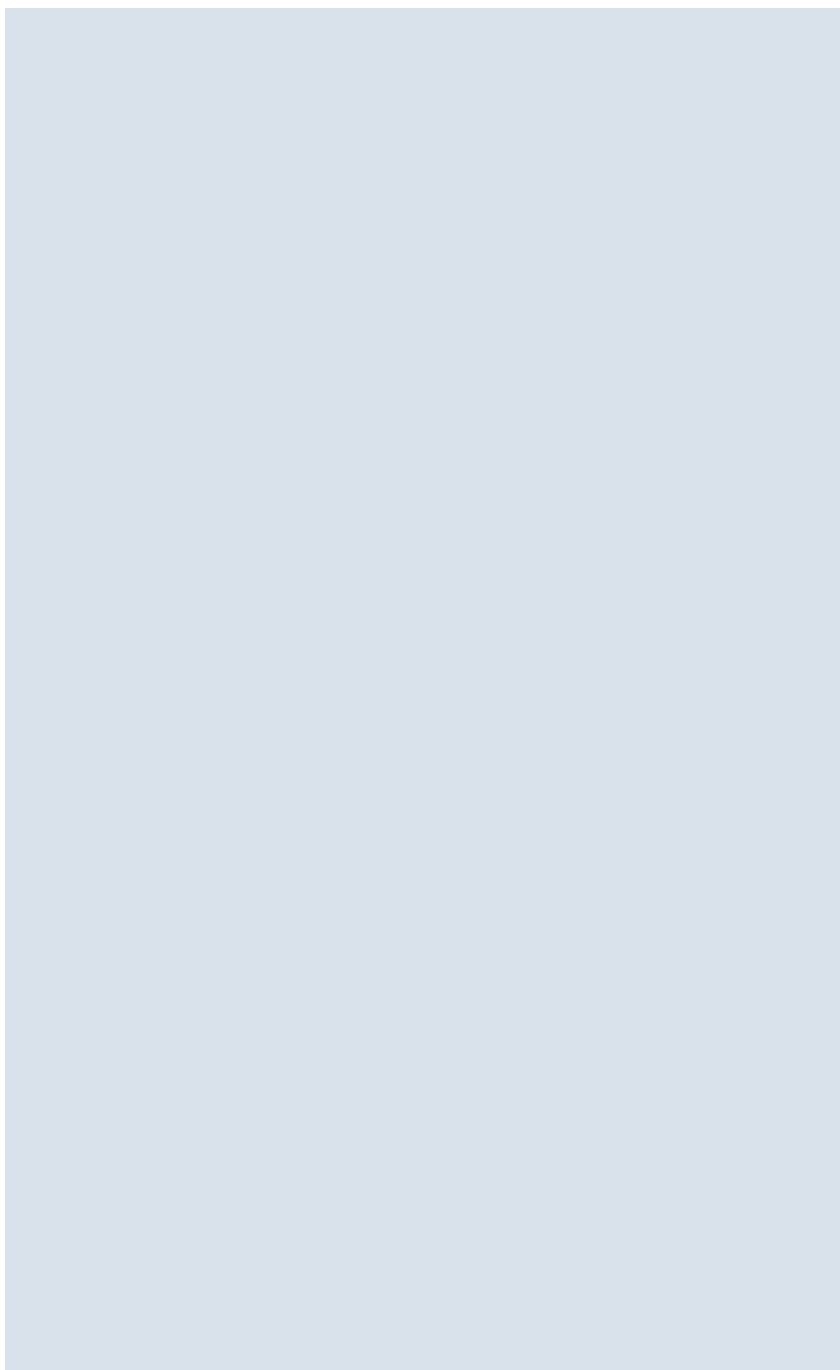
voir aussi nourriture

W

WASH *voir* approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène

Z

zones d'établissement communautaires temporaires, 276, 287, 288, 290, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 307, 308, 309, 321, 327



Visiter le site internet du Projet Sphère :

www.sphereproject.org

Pour commander le Manuel du Projet Sphère :

www.practicalactionpublishing.org/sphere

La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire : Le droit de vivre dans la dignité.

Le Projet Sphère est une initiative visant à définir et à promouvoir les standards que la communauté mondiale doit respecter lorsqu'elle répond à la détresse des populations touchées par des catastrophes.

À travers la publication de ce manuel, Sphère œuvre pour un monde dans lequel le droit de toutes les personnes touchées par une catastrophe à reconstruire leur vie et à restaurer leurs moyens de subsistance soit reconnu et appliqué, d'une manière qui respecte leurs opinions et défende leur dignité et leur sécurité.

Ce manuel comprend plusieurs sections :

- ▶ la Charte humanitaire : elle rassemble les principes juridiques et moraux qui reflètent les droits des populations touchées par une catastrophe
- ▶ des principes de protection
- ▶ des standards essentiels et des standards minimums dans quatre grands secteurs de l'action humanitaire qui sauvent des vies : approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène ; sécurité alimentaire et nutrition ; abris, habitat et articles non alimentaires, et action sanitaire. Ces standards décrivent **les objectifs qu'il faut absolument atteindre lors d'une intervention humanitaire pour permettre aux populations affectées de survivre et de se relever dans des conditions stables et avec dignité.**

Le manuel Sphère est largement utilisé par les agences et les acteurs individuels de l'aide humanitaire, offrant ainsi à ce secteur **un langage commun qui lui permet de travailler collectivement à assurer la qualité et la redevabilité de ses actions dans les situations de catastrophe et de conflit armé.**

De nombreux standards sont associés au manuel Sphère: les standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire, les normes minimales de l'INEE pour l'éducation en situations d'urgence, les normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS) et les normes minimales pour le relèvement économique (MERS). Sphère élargit ainsi son champ d'application à de nouveaux besoins dans le secteur humanitaire.

INEE



Le Projet Sphère a été lancé en 1997 par plusieurs ONG engagées dans l'action humanitaire et par le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

ISBN 978-1-908176-01-1



9 781908 176011