



# STRATÉGIE GLOBALE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Santé publique - VIH et santé reproductive - sécurité alimentaire et nutrition - eau, assainissement et hygiène (WASH)

Une stratégie du HCR pour 2014-2018

Division de l'appui et de la gestion des programmes  
Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés  
Case postale 2500  
1211 Genève 2, Suisse  
[www.unhcr.org](http://www.unhcr.org)

Le HCR remercie le personnel, les partenaires, les gouvernements des pays d'accueil, les gouvernements des pays donateurs, les ONG, les organisations internationales, les organisations confessionnelles et les autres agences des Nations Unies pour les commentaires et les recommandations qu'ils ont apportés au présent document. Nous sommes reconnaissants pour leur engagement permanent en faveur des personnes relevant du HCR afin qu'elles puissent mener une vie productive dans la dignité et la sécurité. Le HCR remercie également les réfugiés, les personnes déplacées, les demandeurs d'asile ainsi que les personnes réinstallées et rapatriées dans leur pays d'origine pour leur aide dans l'élaboration de cette stratégie.

La version électronique de ce document est disponible sur le site Internet du HCR. Des exemplaires sous forme imprimée peuvent être obtenus en contactant la Section de la santé publique à l'adresse suivante : [HQPHN@unhcr.org](mailto:HQPHN@unhcr.org). Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a veillé à vérifier toutes les informations de la présente publication. Toutefois, le HCR ne donne aucune garantie que ce soit, tant explicite qu'implicite, concernant les contenus de la publication.

Photo de la couverture : Liban / frontière avec la Syrie / HCR / A. Branthwaite / Août 2006

Photo du verso : Kenya / Dadaab / HCR / S. Modola / Octobre 2011

Conception graphique : Alessandro Mannocchi, Rome

HCR 2014

# Table des matières

1.	VISION.....	4
2.	STRATÉGIE EN BREF .....	6
3.	INTRODUCTION.....	9
4.	PRINCIPES DIRECTEURS .....	12
	Protection.....	12
	Âge, genre et diversité (AGD) .....	12
	Équité.....	12
	Accès .....	12
	Durabilité .....	13
	Responsabilisation des communautés .....	13
	Pertinence et fiabilité .....	13
5.	APPROCHES STRATÉGIQUES.....	14
	Partenariats et coordination .....	14
	Renforcement des capacités.....	14
	Communication et plaidoyer .....	14
	Approches intégrées .....	15
	Mesures.....	15
	Innovation .....	15
6.	OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ACTIONS STRUCTURANTES .....	17
7.	STRATÉGIE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE.....	19
	Contexte et analyse de la situation.....	19
	Objectifs stratégiques et actions structurantes.....	22
	Suivi .....	28
	Références clés du HCR.....	30
8.	VIH ET SANTÉ REPRODUCTIVE.....	33
	Contexte et analyse de la situation.....	33
	Objectifs stratégiques et actions structurantes.....	36
	Suivi .....	42
	Références clés du HCR.....	44

9.	SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITION .....	47
	Contexte et analyse de la situation .....	47
	Objectifs stratégiques et actions structurantes .....	50
	Suivi .....	54
	Références clés du HCR .....	56
10.	EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE (WASH) .....	59
	Contexte et analyse de la situation .....	59
	Objectifs stratégiques et actions structurantes .....	62
	Suivi .....	66
	Références clés du HCR .....	67

## ACRONYMES

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant	ONU-HABITAT	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
ANJE-E	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA
CDV	Conseil et dépistage volontaires	PAM	Programme alimentaire mondial
CICR	Comité international de la Croix-Rouge	PCCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
CPI	Comité permanent inter organisations	PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	PEV	Programme élargi de vaccination
FICR	Fédération internationale des de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	POS	Procédure opératoire standard
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
GPS	Système de géolocalisation	S & E	Suivi et évaluation
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme	SIG	Système d'information géographique
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	SIS	Système d'information sur la santé
IPSAS	Normes comptables internationales du secteur public	SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
IST	Infection sexuellement transmissible	SPA	Suivi du panier alimentaire
JAM	Mission d'évaluation conjointe	SPD	Suivi post-distribution
MAG	Malnutrition aiguë globale	SPN	Soins prénatals
MAM	Malnutrition aiguë modérée	SSP	Soins de santé primaires
MAS	Malnutrition aiguë sévère	SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
MILD	Moustiquaires imprégnées longue durée	TAR	Traitement antirétroviral
MNT	Maladies non transmissibles	TB	Tuberculose
OIT	Organisation internationale du Travail	TPE	Traitement post-exposition
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la Santé	VIH / SIDA	Virus d'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
ONG	Organisation non-gouvernementale	VPH	Virus du papillome humain
		VSS	Violence sexuelle et sexiste
		WASH	Eau, assainissement et hygiène



# VISION

Le HCR a pour objectif de veiller à ce que tous les réfugiés soient en mesure de jouir de leurs droits en matière de soins de santé vitaux et essentiels, de prévention, de protection et de traitement du VIH, de santé reproductive, de sécurité alimentaire et de nutrition, d'eau, d'assainissement et d'hygiène.



# STRATÉGIE EN BREF



## PRINCIPES DIRECTEURS

- Protection
- Âge, genre et diversité
- Équité
- Accès
- Durabilité
- Responsabilisation des communautés
- Pertinence et fiabilité

## APPROCHES STRATÉGIQUES

- Partenariats et coordination
- Renforcement des capacités
- Communication et plaidoyer
- Approches intégrées
- Mesures
- Innovation

## CHAMP D'APPLICATION

- Toutes les situations de réfugiés dans les pays à revenu faible et intermédiaire
- Camps de réfugiés, zones d'installations, populations rurales et urbaines hors des camps.
- La plupart des aspects traités sont applicables à toutes les personnes relevant du HCR et des communautés d'accueil

## OBJECTIFS STRATEGIQUES 2014-2018 DU HCR ET DE SES PARTENAIRES :

### Santé publique

1. **Améliorer l'accès à des programmes de soins de santé primaires de qualité**
2. **Réduire la morbidité liée aux maladies transmissibles et aux épidémies**
3. **Améliorer la survie des enfants**
4. **Faciliter l'accès à la prévention et à la prise en charge intégrées des maladies non transmissibles, y compris aux services de santé mentale**
5. **Assurer un accès rationnel aux soins spécialisés**
6. **Assurer l'intégration dans les services nationaux et étudier les mécanismes de financement de la santé**

### Sécurité alimentaire et nutrition

1. **Améliorer la prévention de la dénutrition et des carences en micronutriments, notamment de l'anémie**
2. **Améliorer le traitement efficace de la malnutrition aiguë**
3. **Collecter, analyser et utiliser les données actuelles sur la sécurité alimentaire et la nutrition**



Uganda / HCR / Frederic NOY / Novembre 2012

## VIH et santé reproductive

1. **Réduire la transmission du VIH en appliquant une approche fondée sur la protection et les droits**
2. **Faciliter un accès universel au traitement antirétroviral**
3. **Œuvrer à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**
4. **Améliorer l'accès à des services globaux pour la santé reproductive et les soins aux mères et aux nouveau-nés**
5. **Accroître l'utilisation de technologies innovantes et pertinentes dans les services de santé reproductive**

## Eau, assainissement et hygiène (EAH)

1. **Améliorer l'accès sécurisé à une eau de qualité et en quantité suffisante**
2. **Améliorer l'accès sécurisé à un assainissement de qualité**
3. **Améliorer les pratiques d'hygiène**
4. **Améliorer le programme EAH dans les hôpitaux, les centres de santé et de nutrition, les écoles et d'autres institutions.**

## COMMENT OBTENIR DES RÉSULTATS

- Intégrer les services dans les systèmes nationaux dans la mesure du possible
- Des robustes plans de contingences et actions d'urgence qui mettent l'accent sur l'intégration et la durabilité des services
- Renforcer les partenariats, en particulier avec les ministères compétents
- Dès le début des activités, créer des synergies avec d'autres secteurs
- Élaborer et mettre en œuvre des procédures opératoires standard pour les secteurs de la santé publique
- Utiliser les données des systèmes TWINE, SENS et WMS pour prendre des décisions fondées
- Promouvoir et utiliser des technologies innovantes et pertinentes pour le diagnostic, le traitement et le suivi
- Tirer profit des possibilités de financement des soins de santé pour répondre aux besoins
- Améliorer l'expertise du HCR et des partenaires

## QUI A UN RÔLE A JOUER ?

- Les communautés de réfugiés
- Le gouvernement, notamment les ministères compétents, et les communautés d'accueil
- Le HCR à tous les niveaux et dans tous les secteurs
- La communauté des donateurs
- Les agences des Nations Unies et autres organisations internationales
- Les ONG nationales et internationales, y compris les organisations confessionnelles
- Les institutions universitaires et de recherche



# INTRODUCTION

## **LA STRATÉGIE GLOBALE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS (HCR) TRAITE DE QUATRE GRANDS DOMAINES CONNEXES QUI SONT D'UNE IMPORTANCE CAPITALE POUR OFFRIR UNE PROTECTION ET DES SERVICES AUX RÉFUGIÉS ET AUX AUTRES PERSONNES CONCERNÉES.**

Ces domaines sont la santé publique ; le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la santé reproductive ; la sécurité alimentaire et la nutrition ; et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAU).

Cette stratégie s'intéresse à de nombreux aspects. Non seulement elle couvre pratiquement toutes les grandes questions de santé, mais elle est aussi applicable à presque tous les contextes d'intervention du HCR dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé. Elle est principalement destinée aux réfugiés, mais peut aussi, dans certains contextes, s'appliquer ou être adaptée aux demandeurs d'asile, aux apatrides, aux personnes déplacées et aux rapatriés. La proportion de ces différents groupes et les décisions quant aux niveaux d'aide à fournir varient selon le pays concerné et le contexte général.

La stratégie suit et s'appuie sur les plans stratégiques du HCR pour la santé publique pour 2008-2012<sup>1</sup>.

Tous les programmes de santé publique du HCR pour les réfugiés sont fondés sur les principes des soins de santé primaires (SSP). Le premier objectif des six objectifs stratégiques de santé publique de la Stratégie est d'améliorer l'accès à des services de SSP de qualité.

Le second est de réduire la morbidité liée aux maladies transmissibles et aux épidémies, le troisième est d'améliorer la survie des enfants, le quatrième est d'améliorer l'accès à la prévention et à la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT), y compris les services de santé mentale, le cinquième est d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et le sixième est d'assurer l'intégration aux systèmes de santé nationaux et d'étudier les mécanismes de financement.

---

<sup>1</sup> HCR, Division sur la santé publique et le VIH, Principes directeurs et Plans stratégiques : VIH et Sida, Lutte contre le paludisme, Nutrition et sécurité alimentaire, Santé reproductive, Eau et assainissement, 2008-2012.

Les objectifs stratégiques en matière de VIH et de santé reproductive touchent à la prévention, à la protection et au traitement, en particulier pour les mères et les nouveau-nés, et ils prévoient également l'utilisation de technologies innovantes pour la santé des femmes. Les objectifs stratégiques en matière de sécurité alimentaire et de nutrition concernent la prévention de la sous-alimentation et des carences en micronutriments, le traitement efficace de la malnutrition aiguë, et la mise à disposition d'informations et d'analyses actuelles sur la sécurité alimentaire. Les objectifs stratégiques concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) visent à garantir que les réfugiés aient facilement accès à une eau de qualité et en quantité suffisante, ainsi qu'à un meilleur niveau d'assainissement et d'hygiène, notamment dans les écoles, les établissements de santé et d'autres institutions.

Cette stratégie est un document indépendant. Mais sa large portée et la richesse de ses données sur la santé en font une ressource et un complément très utiles aux trois autres stratégies connexes du HCR pour 2014-2018 : celles sur les campements et les refuges, l'énergie, et les moyens de subsistance. Ces quatre stratégies reflètent le regain d'intérêt et l'engagement renouvelé du HCR pour aider les réfugiés à être autonomes grâce à des programmes structurés et à des approches novatrices. Elles partagent la même vision et les mêmes principes directeurs et approches stratégiques.



# PRINCIPES DIRECTEURS

- 1. Protection :** Le HCR est l'organisme des Nations Unies chargé de diriger et de coordonner l'action internationale pour protéger les réfugiés et de travailler avec les gouvernements pour trouver des solutions. Sa mission première est de sauvegarder les droits et le bien-être des réfugiés. Cela comprend l'accès aux services, notamment aux services de santé, à une alimentation nutritive, à l'eau potable et à l'assainissement. Les programmes de santé publique du HCR reposent sur les principes universels des droits de l'homme. La Convention de Genève stipule que les réfugiés devraient avoir accès à des services de santé équivalents à ceux de la population d'accueil (article 23, Convention de 1951 relative au statut des réfugiés). La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (article 25) et les articles 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels appellent également à ce que tout le monde, y compris les réfugiés, jouisse du droit à un niveau de vie adéquat pour garantir sa santé et son bien-être ainsi que ceux de sa famille, notamment en termes d'alimentation, d'habillement, de logement, de soins médicaux et de services sociaux, et du droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou d'un autre manque de moyens de subsistance dans des circonstances indépendantes de sa volonté, ainsi que du droit à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. En novembre 2002, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a adopté l'Observation générale n° 15 sur le droit à l'eau dans l'article I stipulant que le droit humain à l'eau est indispensable pour mener une vie dans la dignité humaine. Il s'agit là d'une condition préalable à la réalisation des autres droits de l'homme<sup>2</sup>.
- 2. Âge, genre et diversité (AGD) :** L'égalité des sexes et le respect des droits de tous les réfugiés, de tous âges et de toutes origines, sont au cœur de l'action du HCR. Les mesures spéciales visant à garantir l'inclusion et l'accessibilité de groupes particuliers, notamment les femmes, les adolescents, les personnes âgées, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles ou intersexuées, ainsi que les femmes et les hommes appartenant à des minorités nationales ou ethniques, religieuses et linguistiques ou les groupes autochtones se poursuivront. Le HCR veillera à ce que les femmes et les filles aient accès aux services aussi efficacement que les hommes et les garçons<sup>3</sup>.
- 3. Équité :** Le HCR cherche à faire en sorte que tous les réfugiés puissent accéder à des services de qualité en matière de santé publique, de santé reproductive et de VIH, de sécurité alimentaire et de nutrition, et d'eau, d'assainissement et d'hygiène, tout en privilégiant l'aide aux personnes les plus nécessiteuses. Une aide spéciale, notamment en espèces ou sous forme de suppression des frais, sera mise en place pour les réfugiés vulnérables afin qu'ils puissent accéder aux services de façon équitable. Des efforts seront faits pour identifier et atténuer les effets de la stigmatisation d'un individu. Les services devront être adaptés au contexte d'intervention. Cela implique notamment de garantir et de faciliter l'accès aux services minimaux essentiels dans les situations d'urgence, mais également différents niveaux de services globaux. Les réfugiés doivent être consultés dans la conception et la mise en œuvre des paniers de services essentiels pour s'assurer que ces services soient adaptés et durables. Dans l'ensemble, les services devraient être similaires à ceux fournis dans le pays d'origine et le pays d'accueil, tout en veillant à ce que les normes d'urgence soient respectées.
- 4. Accès :** Les réfugiés auront accès à des services d'un niveau similaire à ceux des communautés d'accueil. Les réfugiés pourront accéder à en ensemble de services essentiels et économiques pour les soins primaires et d'urgence, la nutrition ainsi que l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Concernant l'eau potable et l'assainissement, les réfugiés continueront d'avoir accès, à proximité de leurs habitations, à un ensemble de services répondant aux normes minimales en matière de prestation de services, et ils continueront à être impliqués dans la conception des éléments d'hygiène prioritaires pour une approche EAH intégré. En outre, le HCR s'appuie sur des partenaires pour la provision de services qui suppléent le cas échéant aux lacunes importantes, au manque de capacité ou à un besoin ponctuel de soutien supplémentaire des services publics. Cela permet de garantir aux réfugiés l'accès aux programmes en matière de santé reproductive, de nutrition, de sécurité alimentaire, de VIH, de santé mentale, de soins spécialisés, ainsi qu'à l'eau et à l'assainissement tout en préconisant la prise en charge de ces services par les services publics, ou le cas échéant, en mettant ces derniers en position de les offrir. La rationalisation des services est réalisée en identifiant et en soutenant un certain nombre de prestataires de services et d'établissements de santé publique pour les soins de santé primaires et d'urgence, la nutrition, les soins spécialisés et des services EAH supplémentaires si la capacité de l'infrastructure nationale est insuffisante. Limiter le nombre de prestataires et de services potentiels améliore la rentabilité et l'efficacité, et facilite le suivi-évaluation et le contrôle de la qualité.

2 [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/a5458d1d1bbd713fc1256cc400389e94/\\$FILE/G0340229.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/a5458d1d1bbd713fc1256cc400389e94/$FILE/G0340229.pdf)

3 HCR, approche en matière d'âge, de genre et de diversité, 5 juin 2012, <http://www.unhcr.fr/500e5d6c9.pdf><http://www.unhcr.fr/500e5d6c9.pdf>

5. **Durabilité** : Pour assurer la durabilité, le HCR veillera à ce que les services dans les différents secteurs liés à la santé publique et à EAH soient, autant que possible, intégrés dans les systèmes nationaux. Le HCR appuie les ministères concernés, les services régionaux chargés par ex. de la santé et de l'eau, les municipalités, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA et d'autres programmes verticaux (comme sur la tuberculose et le paludisme) pour permettre aux réfugiés et aux populations d'accueil d'accéder à des services comparables en évitant autant que possible le développement de systèmes parallèles, ce qui contribue à assurer des services durables pour les réfugiés ainsi que pour les communautés d'accueil une fois que les réfugiés sont partis.
6. **La responsabilisation des communautés** : A tous les stades, les réfugiés devraient être responsabilisés et mis en position de participer à la planification des programmes, à l'évaluation des besoins, à la mise en œuvre et au suivi-évaluation afin de concevoir des programmes satisfaisants, pertinents, durables et culturellement adaptés. Ils devraient être guidés par les principes de la confidentialité, la sécurité, la sûreté, le respect, la dignité et la non-discrimination. Trois approches fortement interdépendantes sont appliquées : une approche participative, une approche communautaire et une approche fondée sur les droits, comme dans les opérations du HCR dans le monde entier. Ce processus participatif devrait servir à l'élaboration des quatre composantes de la politique et des interventions de santé publique proposées dans la présente stratégie afin qu'elles prennent en considération les besoins, les attentes spécifiques et les différents profils des réfugiés dans le cadre des normes internationales et des droits de l'homme.
7. **Pertinence et fiabilité** : En matière de santé publique, le HCR donne la priorité aux services de qualité supérieure, rentables et fondés sur l'expérience clinique. Les soins de santé essentiels passent avant les soins médicaux plus spécialisés. Chaque programme pays fixe des limites à l'étendue des services que le HCR peut soutenir, en particulier pour les soins spécialisés. Le HCR prend le rapport qualité-prix en compte en comparant les coûts de services similaires. Quand cela est possible, les programmes nationaux de prestation de services sont choisis pour ne pas mettre en place des services parallèles. La sécurité alimentaire des réfugiés (en particulier des femmes et des enfants) sera assurée en analysant bien le contexte, en offrant des paniers d'aide alimentaire adaptés (par exemple des produits alimentaires, de l'argent et / ou des bons alimentaires), en assurant un accès adéquat à des aliments nutritifs et leur disponibilité et en évitant aux réfugiés de recourir à des stratégies d'adaptation risquées. La rationalisation des services passe par l'identification et l'appui apporté à un certain nombre de prestataires de services et d'établissements de santé de qualité en matière de soins primaires et d'urgence, de nutrition, de soins spécialisés et de services EAH supplémentaires si la capacité de l'infrastructure nationale est insuffisante. L'intégration dans les services nationaux et la limitation du nombre de prestataires et de services potentiels sont favorables à la rentabilité et à l'efficacité, et elles facilitent le suivi-évaluation et le contrôle de la qualité.



# APPROCHES STRATÉGIQUES

## 1. PARTENARIATS ET COORDINATION

Le HCR coordonne ses activités avec un large éventail de partenaires (autorités publiques, Nations Unies, organisations internationales, ONG nationales et internationales, et organisations professionnelles) pour que les réfugiés jouissent de services de santé publique de qualité. L'Agence continuera à encourager l'innovation technique et la qualité en nouant des liens avec d'autres partenaires, tels que les institutions universitaires, le secteur privé et les fondations. Le HCR est attaché au principe de la participation et croit que les réfugiés devraient être consultés sur les décisions touchant à leur vie. Les programmes de santé publique nécessitent la collaboration et des synergies entre les différentes divisions et bureaux régionaux et nationaux au sein de l'organisation. Les approches intersectorielles intégrées servent à ce que les stratégies de santé publique optimisent le bien-être des réfugiés. Les questions relatives à la violence sexuelle et sexiste, à la protection de l'enfance, à l'éducation, aux campements et aux refuges, aux moyens de subsistance et à l'environnement doivent être intégrées dans toutes les interventions de santé publique visant à offrir des soins accessibles et de qualité.

Le HCR coordonne largement ses activités en matière de santé publique, de services de nutrition et de programmes EAH avec les ministères concernés ainsi qu'avec les autres agences des Nations Unies telles que l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP. L'Agence veille à ce qu'il existe des plans d'urgence pour faire face à de potentiels afflux massifs de réfugiés. L'organisation cherche à tenir des réunions de coordination nationale régulières sur la santé des réfugiés avec ces ministères, et veille à ce que des réunions de coordination opérationnelle soient menées avec tous les partenaires travaillant à un niveau décentralisé dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Le partenariat du HCR avec le Programme alimentaire mondial (PAM) est une pierre angulaire des activités de l'organisation, et contribue directement à la santé, à la bonne alimentation et à la sécurité alimentaire des réfugiés. Il a des effets positifs plus larges dans d'autres domaines tels que l'éducation, l'énergie et les moyens de subsistance. Le HCR, en tant que co-sponsor de l'ONUSIDA et co-chef de file de l'Equipe spéciale inter-institutions de lutte contre le VIH dans les situations d'urgence humanitaire, travaille à la réalisation de la vision « *zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès dû au sida* » et est à la pointe en matière de lutte contre le VIH dans les populations déplacées et touchées par des conflits. Le HCR travaillera en étroite collaboration avec les acteurs clés en matière d'EAH. En milieu urbain, il élaborera des stratégies qui seront étroitement liées à celles des ministères concernés, de l'UNICEF et d'UN Habitat pour que les réfugiés aient accès aux services EAH.

## 2. RENFORCEMENT DES CAPACITES

Le HCR veillera à ce que le personnel, les organisations partenaires, les collectivités locales, les réfugiés et les communautés d'accueil bénéficient directement ou indirectement de l'évolution des connaissances en matière de santé publique. En apportant une réponse de santé publique rapide, adaptée et efficace, le HCR compte améliorer la réponse d'urgence aux crises de réfugiés et assurer une bonne coordination. La stratégie de santé publique sera intégrée dans les plans d'urgence multisectoriels du HCR. Des coordonnateurs en matière de santé publique, de nutrition et d'EAH feront partie intégrante de l'équipe d'intervention d'urgence du HCR dès le début de la réponse à des situations d'urgence de moyenne et de grande envergure.

Les agents du HCR chargés de la santé publique, de la nutrition et d'EAH, ainsi que les partenaires locaux déployés dans les zones d'intervention du HCR auront besoin de compétences techniques spécifiques, mais tout autant de compétences en matière de coordination et de leadership. Au niveau des pays, le HCR travaillera en étroite collaboration avec les pouvoirs publics et les partenaires pour garantir que le personnel travaillant dans les secteurs de la santé publique, du VIH, de la santé reproductive, de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'EAH participera à des formations continues organisées sur place, par exemple par le ministère de la Santé ou d'autres autorités. Le HCR veillera à ce que toute formation organisée par le HCR ou l'un de ses partenaires bénéficie aussi au personnel national travaillant dans les zones environnantes. Des programmes de renforcement des capacités seront élaborés et mis en œuvre spécialement pour les réfugiés et les populations nationales environnantes.

## 3. COMMUNICATION ET PLAIDOYER

Le HCR transmettra des informations sur les stratégies, programmes et activités connexes de santé publique à son personnel et au personnel affilié, aux partenaires, aux pouvoirs publics, aux réfugiés et aux communautés d'accueil et fera un travail de plaidoyer en la matière. Des mécanismes de communication efficaces doivent exister pour améliorer l'accès aux services essentiels et à l'information ainsi que la situation des réfugiés en matière de santé et de nutrition. Les stratégies de communication doivent faire en sorte que les réfugiés et les principaux prestataires de services soient conscients de leurs droits et de leurs obligations, ainsi que des possibilités et des services qui leur sont offerts. Le flux constant d'informations entre la communauté des réfugiés, la communauté d'accueil, les acteurs humanitaires, les acteurs du développement et les pouvoirs publics est la clé d'une bonne sensibilisation. Les résultats des interventions, présentés en rapport avec les produits prévus par la stratégie, seront communiqués sur le site Web du HCR ([www.unhcr.org](http://www.unhcr.org)), dans des rapports et par d'autres moyens de communication.

#### 4. APPROCHES INTÉGRÉES

L'état de la santé publique des réfugiés touche à de nombreux secteurs. Pensez par exemple aux liens avec la protection, la violence sexuelle et sexiste (VSS), l'éducation, les moyens de subsistance, l'énergie, l'environnement, les campements et les refuges. La Division de la santé publique collaborera et coordonnera ses activités avec toutes les autres divisions au siège du HCR ainsi qu'aux niveaux national et régional. Le HCR veillera à ce que les services de santé publique et de EAH destinés aux réfugiés soient, chaque fois que possible, intégrés dans les systèmes nationaux afin d'assurer leur durabilité. Le HCR appuie les ministères concernés (par exemple, ceux chargés de la santé et de l'eau) et les programmes nationaux de lutte contre le SIDA pour permettre aux réfugiés et aux populations environnantes d'accéder aux services.

#### 5. MESURE

Tous les programmes sont planifiés, suivis et évalués sur la base des informations fiables disponibles sur la santé, la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Tous les programmes de santé publique recueillent et interprètent les données dans *Twine*, la boîte à outils d'information sur la santé mondiale du HCR (<http://twine.unhcr.org/app/>). Le système d'information sur la santé (SIS) du HCR est actuellement disponible en deux versions – l'une pour les camps et l'autre pour les populations urbaines et rurales réfugiées hors des camps. Il est utilisé pour recueillir les informations sur la santé provenant des partenaires qui offrent des services aux réfugiés et compilent les données sur la mortalité. Ces outils standardisés permettent d'élaborer, de suivre et d'évaluer les programmes sur la santé publique et le VIH et de fournir des informations factuelles servant au suivi des programmes et à l'élaboration des politiques. Tous les indicateurs de cette stratégie se trouvent dans *Twine*, la boîte à outils en ligne qui présente des rapports et des bases de données compilant des données d'enquêtes et d'évaluations.

Le HCR a largement contribué à améliorer la qualité du suivi-évaluation dans le domaine de la nutrition en élaborant et en introduisant les enquêtes standardisées élargies sur la nutrition (SENS) et les lignes directrices qui les accompagnent (<http://www.sens.unhcr.org>). Le système de suivi EAH sert à suivre les indicateurs clés en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène au niveau des ménages et des communautés dans les camps de réfugiés. Cet outil met également en évidence les tendances en matière de maladies liées aux conditions d'hygiène et d'assainissement dans les camps. Le système de suivi EAH continuera d'être déployé dans les principaux pays identifiés. Une enquête standardisée sur les connaissances, les attitudes et les pratiques a été élaborée pour aider à évaluer les comportements en matière d'hygiène dans les camps de réfugiés et à améliorer les programmes EAH en conséquence. Pour améliorer la collecte des données, le HCR compte introduire l'utilisation de smartphones dans les enquêtes de terrain tant dans les camps que dans d'autres contextes. Il fera également appel à la technologie pour diffuser des messages et partager des informations à des fins de communication de masse ainsi que pour faciliter et suivre les programmes d'aide alimentaire et de nutrition.

Ces outils permettent au HCR de constituer sa base de données pour l'ensemble de ses activités de santé publique et de promouvoir des normes de qualité dans ses différents domaines d'intervention.

#### 6. INNOVATION

Le HCR continue de s'inspirer de son histoire et de sa tradition, mais s'est également engagé à trouver des solutions créatives et innovantes pour améliorer le bien-être et la dignité des réfugiés dans un monde en constante évolution. Rester vigilant et dynamique pour relever les défis sectoriels implique de revoir constamment ses méthodes de travail et de recourir à des technologies nouvelles et novatrices. Quand de nombreux besoins restent insatisfaits et que les ressources sont limitées, il est important de recourir à de nouvelles approches pour développer des modèles durables et évolutifs pour la santé publique qui puissent accroître l'accès à des services de santé abordables, efficaces et de qualité. Dans le domaine de la santé publique, on continuera d'adapter des approches novatrices pour élargir les régimes d'assurance de santé, développer des systèmes communautaires de communication et de partage d'information sur la santé et la promotion de l'hygiène ainsi que des programmes de prévention et de dépistage. Des mesures de surveillance et de contrôle des maladies seront davantage intégrées dans les structures de gestion de l'information à tous les niveaux afin d'assurer un suivi en temps réel et d'apporter une réponse adaptée. Les transferts monétaires en espèces, qui continueront à être encouragés, se concentreront sur différents domaines, en particulier sur la sécurité alimentaire et la nutrition, mais également sur l'hygiène et la promotion de la santé. Dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, l'accent sera mis sur l'amélioration des méthodes de cartographie et de modélisation des services, ainsi que sur l'utilisation de nouveaux investissements et de nouvelles recherches. Les relations avec les institutions universitaires et de recherche se poursuivront.



# OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ACTIONS STRUCTURANTES

**LES PRINCIPES DIRECTEURS DU HCR EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE JETTENT LES BASES D'UNE APPROCHE GLOBALE QUI PRIVILÉGIE UN ACCÈS ÉQUITABLE À DES SERVICES DE QUALITÉ DONT L'EFFICACITÉ EST SURVEILLÉE. LE DOCUMENT PRÉSENTE ÉGALEMENT DES APPROCHES STRATÉGIQUES QUI SONT NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES.**

Les principes directeurs et les approches et objectifs stratégiques définis dans la présente stratégie permettront au HCR de réaliser ses priorités stratégiques globales (PSG) dans ces domaines. Les PSG sont les suivantes :

- S'attaquer aux principales causes de morbidité et de mortalité
- Fournir des soins appropriés en matière de santé reproductive
- Réduire la malnutrition et l'anémie
- Respecter les normes internationales en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène

Les parties suivantes présentent les objectifs globaux de la Stratégie pour la santé publique, le VIH et la santé reproductive, la sécurité alimentaire et la nutrition, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Ces objectifs globaux se déclinent ensuite en objectifs stratégiques et en actions structurantes qui guideront les différents domaines au cours de la période de cinq ans pour laquelle la stratégie est prévue. Aucune liste exhaustive et détaillée des activités et des actions structurantes n'est fournie. La stratégie ne répète pas les normes, les approches et les activités existantes qui devraient être disponibles pour les réfugiés dans toutes les situations, mais est plutôt axée sur des domaines nouveaux et innovants qui seront développés au cours des cinq prochaines années.

Elle définit un cadre pour le suivi ainsi que des produits et des indicateurs pour mesurer les performances des pays dans les quatre domaines concernés. Il s'agit des indicateurs clés qui seront suivis dans les situations d'urgence ou d'installation à long terme, tant dans les camps et qu'en dehors des camps. La réalisation des objectifs de la stratégie implique une redevabilité à différents niveaux de l'organisation. La stratégie sera modifiée aux niveaux régional et sous régional afin de tenir compte du contexte spécifique et unique de chaque région ou sous-région. Par ailleurs, elle aidera les bureaux nationaux à adapter et à développer leur planification opérationnelle. Des rapports annuels seront publiés pour en suivre l'avancement.



# STRATÉGIE DE SANTÉ PUBLIQUE

## **CONTEXTE ET ANALYSE DE LA SITUATION**

Garantir l'accès aux soins de santé est un élément clé des activités de protection du HCR ainsi qu'une priorité dans la programmation. Les programmes de santé publique du HCR sont mis en œuvre dans un cadre de santé publique et de développement communautaire, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires (SSP) et le soutien aux soins hospitaliers secondaires et parfois tertiaires. Le principal objectif des programmes de santé publique du HCR est de minimiser la mortalité et la morbidité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés.

Les programmes de santé publique mis en œuvre par le HCR pour les réfugiés sont fondés sur les principes des SSP tels qu'énoncés dans la Déclaration d'Alma Ata qui définit les soins de santé primaires comme des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination »<sup>4</sup>.

Dans la pratique, les composantes des SSP varient selon le contexte, mais devraient être disponibles au premier contact avec le système de santé et sur une base continue. Les SSP comprennent le diagnostic médical et le traitement, l'évaluation et la gestion psychologique, le soutien personnel, la transmission des informations sur la maladie, la prévention et l'entretien de la santé. Selon le contexte, les SSP peuvent être donnés par une infirmière, un médecin de famille ou un autre type de professionnel de santé.

---

4 Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Disponible sur : [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)

Depuis 2008, les taux de mortalité dans les camps de réfugiés se sont améliorés, cependant les crises de réfugiés de 2011 ont eu un impact négatif sur eux, comme en témoigne le tableau 1 ci-dessous.

**TABLEAU 1 : PROPORTION DE PAYS RÉPONDANT AUX NORMES RELATIVES À LA MORTALITÉ, 2008-2012**

	Norme	2008	2009	2010	2011	2012
<b>TMI</b>	< 0,75 / 1000 / mois	89 %	100 %	100 %	93 %	100 %
<b>TMIJ</b>	< 1,5 / 1000 / mois	92 %	90 %	100 %	96 %	100 %
<b>TMNN</b>	< 20 / 1000 / mois	89 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Système d'information sur la santé du HCR

Dans la période de 2008 à 2012, la mortalité globale liée au paludisme a globalement diminué chez les réfugiés. En 2008, le paludisme était classé comme la première cause de mortalité proportionnelle, mais pour la première fois en 2010, il n'a plus représenté la principale cause et a été remplacé par les infections aiguës des voies respiratoires. En 2011, le paludisme était la troisième cause de mortalité chez les réfugiés habitant dans des camps. Certains pays, dont le Cameroun et la Guinée, ont réalisé des progrès significatifs en réduisant le nombre de cas de paludisme, tandis que d'autres, comme la Tanzanie, l'Ouganda et la Zambie, ont connu une augmentation du nombre de cas. Cette évolution confirme qu'il est nécessaire d'entretenir la dynamique actuelle pour toutes les activités de lutte contre le paludisme et de tenir compte des nouveaux développements scientifiques dans ce domaine.

Depuis 2010, les infections aiguës des voies respiratoires supérieures et inférieures (IAVRS et IAVRI) ont été la première cause de mortalité et continuent à peser lourdement sur la mortalité des populations de réfugiés dans le monde. Parmi les causes des taux élevés de morbidité et de mortalité dans les populations de réfugiés, on compte le surpeuplement, des conditions climatiques difficiles avec de mauvaises conditions de logement, le manque d'équipement adéquat pour traiter les cas graves, ainsi que des dépistages tardifs en raison de comportements retardant le recours à une consultation médicale. Pour réduire les décès liés à la pneumonie, il faudra notamment améliorer la coordination et la collaboration avec les divisions chargées du logement<sup>5</sup>, de l'énergie<sup>6</sup> ainsi que de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, mais également augmenter le nombre des agents de santé, améliorer leur formation et leur maintien en poste, offrir des interventions adaptées, garantir un approvisionnement permanent en médicaments essentiels et augmenter le nombre d'installations pour traiter les cas graves. Le tableau 2 ci-dessous montre les tendances générales de la morbidité.

5 Voir HCR, Global Strategy for Settlement and Shelter, 2014-2018.

6 Voir HCR, Global Strategy for Safe Access to Fuel and Energy (SAFE), 2014-2018.

**TABLEAU 2 : TENDANCES GÉNÉRALES DANS L'ÉVOLUTION DE LA MORBIDITÉ, 2008, 2010 ET 2012**

2008		2010		2012		Nb	%
1	IAVRS	1	IAVRS	1	IAVRS	640 678	21 %
2	IAVRI	2	Paludisme	2	Paludisme	441 144	14 %
3	Paludisme	3	IAVRI	3	IAVRI	342 248	11 %
4	Diarrhée aqueuse	4	Diarrhée aqueuse	4	Vers intestinaux	194 901	6 %
5	Maladies de la peau	5	Vers intestinaux	5	Diarrhée aqueuse	194 597	6 %
6	Vers intestinaux	6	Maladies de la peau	6	Maladies de la peau	187 334	6 %
7	Maladie des yeux	7	Maladie des yeux	7	Maladie des yeux	102 884	3 %
8	Blessures	8	Blessures	8	Blessures	73 303	2 %
9	Maladie chronique	9	Maladie chronique	9	Maladie chronique	59 839	2 %
	Autre		Autre		Autre	859 215	28 %

Source : Système d'information sur la santé du HCR

Le Programme élargi de vaccination (PEV) est considéré comme l'intervention préventive la plus rentable pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. Les enfants réfugiés n'ont souvent pas accès à la vaccination dans leur pays d'origine en raison de conflits et de la perturbation des services. Dans le pays d'accueil, offrir aux réfugiés une couverture complète du PEV prend souvent du temps, ce qui laisse les enfants sans protection pendant une certaine période. Le HCR, avec l'UNICEF et l'OMS, cherche à faire profiter les enfants réfugiés du PEV national. Le HCR s'efforcera de remettre l'accent sur cette importante activité de santé publique dans sa stratégie 2014-2018.

Les programmes de lutte contre la tuberculose (TB) sont toujours perturbés dans les situations de conflit en raison de l'indisponibilité des services, des retards dans les demandes de traitement et de l'interruption du traitement. Une récente analyse de données collectées dans diverses situations de réfugiés a démontré que les taux de prévalence de la tuberculose sont élevés dans les camps de réfugiés<sup>7</sup>. La présente stratégie remettra donc l'accent sur la lutte contre la tuberculose dans les populations de réfugiés.

Les réfugiés souffrent souvent de différents problèmes psychologiques en raison des atrocités vécues avant ou pendant le déplacement, notamment la violence, la séparation, la torture, le meurtre, la destruction massive, la VSS et le recours aux enfants soldats. Ce traumatisme est souvent aggravé par un sentiment généralisé de désespoir chez les réfugiés, l'absence de possibilités d'emploi et le dysfonctionnement social. Des symptômes de trouble de stress post-traumatique, des dépressions, des troubles psychosomatiques et de l'anxiété sont également fréquemment diagnostiqués chez les réfugiés. Il est souvent difficile de résoudre ces problèmes de santé mentale et d'apporter une réponse adéquate en raison des situations géographiques et politiques très délicates dans lesquelles se trouvent les réfugiés, ainsi que du manque de ressources.

<sup>7</sup> Kinbrough W et al. The burden of tuberculosis in crisis-affected populations: a systematic review. *Lancet Inf dis* ; 12 : 950-65, 2012.

Bien que les maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré et les maladies respiratoires chroniques soient les principales causes de décès et d'invalidité dans le monde, elles ont été négligées jusqu'ici. Une grande partie des troubles et de la mortalité attribués aux maladies non transmissibles sont évitables, mais l'objectif de « 25 % d'ici 2025 »<sup>8</sup> ne sera pas atteint sans la mise à disposition de ressources importantes et un engagement politique pour lutter contre ces maladies. L'augmentation des morbidités liées aux MNT s'accélère dans le monde et touche toutes les régions ; les populations de réfugiés n'ont pas été épargnées. Les données sur les camps de réfugiés asiatiques et africains montrent que le taux de prévalence des MNT et des maladies inconnues varie entre 34 % et 62 % dans ces ?? lieux souvent éloignés. Les troubles cardiovasculaires, digestifs, respiratoires et musculo-squelettiques figurent parmi les principales MNT qui ont été signalées. Dans les deux régions, la prévalence déclarée est supérieure chez les femmes.

Un suivi adéquat de la situation sanitaire et l'accès aux soins de santé de la population des réfugiés font partie des premières priorités. La plate-forme intégrée d'information en ligne sur la santé publique du HCR, Twine, va centraliser des informations plus étendues sur la santé publique des réfugiés afin d'aider à la prise de décision en la matière.

## OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ACTIONS STRUCTURANTES

### **Objectif 1 : Améliorer l'accès à des programmes de soins de santé primaires de qualité**

Le HCR appuie les ministères de la Santé pour veiller à ce que les réfugiés aient accès aux services de soins de santé curatifs et préventifs, qu'ils vivent dans des camps de réfugiés ou en dehors, en milieu urbain ou rural dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les frais pour accéder aux services de santé dépendent du contexte, mais le HCR préconise qu'ils ne soient pas plus élevés que ceux payés par les ressortissants du pays d'accueil. En outre, les réfugiés vulnérables devraient être identifiés et un filet de sécurité devrait être prévu afin qu'ils aient accès aux services de santé préventifs et curatifs. Certains services essentiels, tels que la vaccination des enfants, les soins prénatals, les soins au cours de l'accouchement, le dépistage des maladies transmissibles et les soins fournis dans les situations d'urgence graves, devraient être fournis gratuitement. Dans les cas où ceux-ci ne sont pas fournis dans le cadre du panier de soins de santé minimaux, ils devraient si possible être, soit proposés par d'autres partenaires soit couverts par les régimes d'assurance.

Pour les réfugiés ne logeant pas dans des camps, le HCR continuera à surveiller l'accès aux SSP en pratiquant et en développant une surveillance prospective, et en développant un ensemble d'outils simples pour comprendre comment ces services de santé sont utilisés ainsi qu'un système d'information sur la santé en milieu urbain pour les cliniques gérées par le HCR.

Dans les camps de réfugiés, les programmes de santé publique continueront à mettre l'accent sur la qualité. Il s'agira de veiller au respect des précautions universelles, à la disponibilité de médicaments essentiels de qualité, au respect des protocoles cliniques nationaux, au bon fonctionnement et à la qualité des services

---

8 L'engagement pris lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles relatif à la réduction de la mortalité de 25 % d'ici 2025.

des laboratoires ainsi qu'à la formation et au maintien en poste du personnel qualifié. Le tableau de bord équilibré et l'outil de contrôle de la qualité des laboratoires seront utilisés pour évaluer la qualité. Des outils de suivi complémentaires faciles d'utilisation seront élaborés pour les services de soins de santé primaires. Ils aideront le HCR et ses partenaires à continuer de suivre et d'adapter les programmes pour respecter ces normes et s'adapter aux besoins de la population de réfugiés.

Au cours de la période 2014-2018, le HCR va encore renforcer le rôle essentiel que les agents de santé communautaires jouent à toutes les étapes de la gestion des risques en cas d'urgence (prévention, préparation, intervention et rétablissement) et promouvoir leur renforcement en reconnaissant toutes les personnes qui composent cette main-d'œuvre, en les formant et en les équipant pour réaliser des interventions. Un examen des initiatives novatrices dans ce domaine et un guide opérationnel pour les situations liées aux réfugiés seront réalisés pour soutenir les opérations nationales en faveur des programmes de santé communautaire. Les liens avec la promotion de l'hygiène, la santé reproductive et la nutrition sont essentiels.

## **Objectif 2 : Réduire la morbidité due aux maladies transmissibles et aux épidémies**

Les maladies transmissibles sont la principale cause de mortalité et de morbidité chez les réfugiés, en particulier pendant la phase d'urgence. Les principales causes de morbidité et de mortalité dans les situations d'urgence sont les maladies diarrhéiques, notamment le choléra et la shigellose, les infections respiratoires aiguës, la rougeole et le paludisme dans les zones où ils sont endémiques. D'autres maladies transmissibles telles que la méningite à méningocoque, la dengue et la dengue hémorragique, les maladies de type grippal, l'hépatite A et E, ont également causé des épidémies au cours des dernières années avec une morbidité et une mortalité considérables.

Pendant la période de la Stratégie, le HCR continuera à s'appuyer sur une approche systématique du contrôle des maladies transmissibles. Étant donné que l'efficacité de la réponse dépend du niveau de préparation, l'accent sera de nouveau mis sur la préparation et la réponse. Des mesures seront prises pour veiller à ce que tous les camps de réfugiés disposent de plans mis à jour pour se préparer et répondre aux épidémies afin que, en cas d'épidémie, des alertes soient immédiatement envoyées aux systèmes nationaux d'alerte précoce et que des programmes de prévention et de réponse multisectoriels efficaces soient mis en place, en les liant étroitement au domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. En outre, le HCR renforcera et soutiendra le mécanisme de surveillance transfrontalière pour garantir une détection précoce et une gestion des épidémies de maladies axée sur l'éradication (par exemple la poliomyélite et la rougeole). On cherchera à synchroniser les opérations de vaccination réalisées dans les zones frontalières entre les pays d'accueil et le pays d'origine.

Bien que le paludisme ne soit plus la première cause de mortalité chez les réfugiés, les données récentes montrent une tendance à la hausse du nombre de cas de paludisme dans de nombreuses situations de réfugiés. Les programmes globaux de lutte contre le paludisme, notamment des interventions préventives appropriées et une politique de traitement basée sur les derniers modèles d'efficacité, restent une priorité des interventions pour la période visée par la stratégie. Le HCR continuera son plaidoyer en faveur de l'accès aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme, ainsi que pour le soutien des bailleurs de fonds tels que la Fondation des Nations Unies et concernant les éléments de prévention du programme de lutte. Le suivi de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) fait également l'objet d'un module de l'enquête SENS.

Les infections respiratoires aiguës sont la première cause de mortalité et de morbidité chez les enfants réfugiés âgés de moins de 5 ans. Les programmes de lutte prévoyant la sensibilisation des communautés, le dépistage précoce et une bonne gestion des cas seront donc renforcés. Les activités intersectorielles de prévention seront encouragées, notamment la fourniture de suffisamment d'abris et de couvertures, le drainage des eaux stagnantes et la réduction de la fumée résiduelle grâce à la fourniture d'une énergie de cuisson adéquate.

Bien que les niveaux de mortalité globaux aient baissé pour la tuberculose, son taux de prévalence reste très important. Les réfugiés peuvent être exposés à un risque accru de contracter la TB, de connaître un mauvais dépistage ou de recevoir un traitement inadapté en raison de l'interruption des services de santé due à un conflit dans leur pays d'origine et par le déplacement ultérieur. Les réfugiés peuvent généralement participer aux programmes nationaux bien établis pour le traitement de la tuberculose. Pendant la période visée par la stratégie, le HCR redoublera d'efforts pour apporter une réponse rapide lors des phases d'urgence et continuera à plaider en faveur de l'accès au traitement, de l'amélioration du dépistage, et notamment de l'établissement de liens avec les programmes sur le VIH et de l'accès au traitement pour la TB multi-résistante et ultrarésistante.

### **Objectif 3 : Améliorer la survie des enfants**

Dans le monde entier, des millions d'enfants vivant dans des milieux démunis continuent de mourir inutilement de maladies infectieuses évitables, comme la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Les enfants réfugiés sont bien plus exposés à ce risque que tous les autres groupes d'âge. Permettre une croissance et un développement harmonieux des enfants réfugiés est une préoccupation majeure du HCR. Des études ont montré que des mesures de santé publique efficaces peuvent permettre de réduire la mortalité néonatale et infantile de manière rapide et durable.

Au cours de la période visée par la stratégie, d'importants efforts seront déployés pour que tous les enfants réfugiés aient accès à un PEV complet et pour améliorer le diagnostic et le traitement des infections infantiles. Cet objectif sera atteint en utilisant un protocole clinique mis à jour, en établissant des liens avec les approches nationales de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), ainsi qu'en renforçant les liens avec les programmes de nutrition et de santé reproductive. Le HCR continuera à mettre l'accent sur le rôle essentiel des interventions de santé communautaires dans la lutte contre les maladies infantiles.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est une approche de la santé de l'enfant qui se concentre sur son bien-être global. Cette approche vise à réduire la mortalité, la maladie et le handicap, et à promouvoir l'amélioration de la croissance et du développement chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Elle comprend des éléments à la fois préventifs et curatifs qui sont mis en œuvre par les familles et les communautés, ainsi que par les établissements de santé. La stratégie de PCIME vise à améliorer les compétences du personnel de santé en matière de gestion de cas, les systèmes de santé en général et les pratiques de santé familiale et communautaire.

Dans les établissements de santé, la stratégie de PCIME favorise l'identification exacte des maladies infantiles en milieu ambulatoire, offre un traitement combiné approprié de toutes les maladies graves, renforce le conseil aux personnes qui s'occupent de proches et accélère le renvoi des enfants gravement malades vers des services spécialisés. Dans le cadre domestique, il encourage les comportements appropriés de recherche de soins, l'amélioration de la nutrition, les soins préventifs et la bonne application des soins prescrits.

Les liens entre programmes de nutrition et de santé reproductive sont essentiels à la survie des enfants. Le HCR s'efforcera donc de veiller à ce que tous les enfants recevant un traitement nutritionnel puissent bénéficier des interventions générales d'amélioration de la santé, en procédant par exemple aux vaccinations manquantes du PEV, à un déparasitage ou au suivi de la croissance. Les enfants malades et les frères et sœurs d'enfants souffrant de malnutrition peuvent bénéficier d'un suivi de leur nutrition, ainsi que d'interventions de santé préventives et curatives. Fondamentalement, tous les enfants se rendant dans un établissement de santé devraient être examinés pour voir s'ils ne souffrent pas de sous-alimentation et être renvoyés si nécessaire vers des services spécialisés (en particulier vers la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë ou PCCMA).

#### **Objectif 4 : Faciliter l'accès à la prévention et à la prise en charge intégrées des maladies non transmissibles, notamment aux services de santé mentale**

Les MNT sont les principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde, mais ont jusqu'ici été relativement négligées. Les troubles et la mortalité attribués aux MNT sont en grande partie évitables. Parmi les personnes concernées, on compte des personnes atteintes de troubles mentaux qui ne reçoivent pas un traitement de soutien de première intention adapté.

Au cours de la période 2014-2018, le HCR renforcera encore ses programmes de santé mentale, avec le déploiement d'un modèle d'interventions en matière de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS), en se concentrant sur les soins de santé primaires et la mise en place de mécanismes d'orientation multisectoriels pour s'assurer que les besoins des différentes parties prenantes soient pris en compte de manière équilibrée et dans un cadre cohérent d'utilisation des ressources.

Le HCR continuera à soutenir l'élaboration d'une approche intégrée axée sur tous les principaux facteurs de risque communs des maladies cardio-vasculaires, du diabète sucré et des maladies respiratoires chroniques comme le moyen le plus rentable de les prévenir et de les maîtriser. Cette approche intégrée mettra l'accent sur le traitement des maladies chroniques au niveau des soins de santé primaires. Il y aura un volet préventif important pour réduire le renvoi vers des soins de santé secondaires et tertiaires coûteux. Pour les opérations destinées aux réfugiés en milieu urbain, le HCR examinera les initiatives pour offrir des services de SMSPS et sur les MNT qui soient adaptés au contexte.

#### **ÉTUDE DE CAS - INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LES PROGRAMMES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU YÉMEN**

Suite à une évaluation réalisée en 2008 qui a révélé que 7 à 10 % des réfugiés avaient besoin de SMSPS, le bureau du HCR au Yémen a lancé des interventions de SMSPS dans le camp de Kharaz et la zone d'installation urbaine de Basateen Aden. L'objectif était d'intégrer la SMSPS dans le programme de soins de santé primaires et de réduire les renvois et les admissions dans les hôpitaux spécialisés. Les services de SMSPS au niveau des soins de santé primaires sont pris en charge par des psychiatres et des psychologues cliniciens. Des centres d'accueil pour le soutien psychosocial ont été mis en place au niveau communautaire. L'évaluation des patients repose sur des critères de vulnérabilité psychologique et sociale. Le système d'orientation vers des soins spécialisés a été mis en place pour faciliter la réorientation bidirectionnelle entre prestataires de soins primaires, conseillers, psychologues et psychiatres spécialisés, conformément aux meilleures pratiques en matière de SMSPS et aux orientations du HCR. Le programme yéménite de SMSPS montre qu'il est possible d'introduire des interventions de SMSPS aux niveaux des soins de santé primaires et communautaires.



## **Objectif 5 : Assurer un accès rationnel aux soins spécialisés**

Les soins spécialisés sont un élément essentiel des services de santé. Bien que la stratégie des soins de santé primaires soit au cœur de toutes les interventions, l'accès aux soins de santé secondaires est tout aussi important. Les différents contextes d'intervention du HCR présentent une grande variété en termes de pathologies et de prévalences ainsi que de possibilités pour accéder à des soins spécialisés. Cependant, les paniers de soins de santé essentiels l'emportent sur le renvoi à des soins médicaux plus spécialisés. Chaque programme du pays fixe ses propres limites à la gamme de services que le HCR peut appuyer, en particulier pour les soins spécialisés. Le HCR soutient un modèle de pratique générale dans lequel la majorité des consultations sont traitées au sein des services de SSP, avec le renvoi vers des services spécialisés pour les problèmes plus complexes. Sur la base des orientations et des principes généraux du HCR concernant les soins spécialisés<sup>9</sup>, les opérations du pays du HCR mettront en place des procédures opératoires standardisées (POS) pour les soins spécialisés qui définiront l'accès et les conditions de couverture du HCR.

## **Objectif 6 : Assurer l'intégration dans les services nationaux et étudier les mécanismes de financement de la santé**

De plus en plus, le HCR prend en compte le rapport qualité-prix en comparant les coûts de services similaires. Partout où il y a des programmes nationaux de prestation de service, ceux-ci sont choisis en priorité au lieu de créer des services parallèles pour les réfugiés. Un examen des systèmes existants devrait être réalisé sur le terrain pour déterminer s'ils peuvent être mieux intégrés dans les systèmes nationaux. Les liens avec les ministères de la Santé et les organismes compétents des Nations Unies qui travaillent en étroite collaboration avec ces ministères devraient être renforcés.

Pour promouvoir le développement durable, les mécanismes de financement de la santé en rapport avec les services de santé accessibles aux réfugiés devraient être soigneusement examinés en prenant en compte le contexte spécifique où se trouvent les réfugiés. Tous les systèmes de financement de la santé, y compris les régimes d'assurance, doivent être associés à un mécanisme visant à protéger financièrement les pauvres et les autres personnes et groupes potentiellement vulnérables pour leur permettre d'accéder aux services de santé. Des critères d'admissibilité clairs et objectifs doivent être définis pour identifier ces personnes et ces groupes.

---

9 Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires. HCR 2009. <http://www.unhcr.fr/4bfe65859.html>

## SUIVI

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme d'urgence <sup>1</sup>	Norme post-urgence	Camp <sup>ii</sup>	Hors camp
Amélioration de l'accès à des programmes de soins de santé primaires de qualité	Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires	Taux d'utilisation des services de santé	Nouvelles visites / personne / an	1 à 4	1 à 4	Oui	Oui
	Amélioration de la programmation communautaire dans le domaine de la santé	Proportion d'agents de santé communautaires par rapport à la population	Nombre	1: <1000	1: <1000	Oui	Oui
	Amélioration de la qualité du diagnostic	Pourcentage de laboratoires respectant la norme d'évaluation des laboratoires	Pourcentage de laboratoires avec note > 60 %		100 %	Oui	Oui
	Amélioration de la qualité des soins	Pourcentage d'établissements de santé répondant à la norme d'évaluation du tableau de bord équilibré	Pourcentage d'établissements de santé avec note > 60%	100 %		Oui	Oui
			Pourcentage d'établissements de santé avec note > 90 %		100 %	Oui	Oui
Réduction de la morbidité liée aux maladies transmissibles	Amélioration de la réponse en cas d'épidémie	L'opération dispose-t-elle d'un plan d'intervention en cas d'épidémie ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Non
	Diminution du nombre de cas de paludisme	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MIILD) distribuées	Nombre	1 MIILD / 2 personnes	1 MIILD / 2 personnes	Oui	Non
		Taux de paludisme chez les enfants de <5 ans	Cas / 1000 / mois	Variable	Variable	Oui	Non
		Morbidité proportionnelle du paludisme chez les enfants de <5 ans	Cas / total <5 ans x 100	Variable	Variable	Non	Oui
	Diminution du nombre de cas de diarrhée aqueuse	Nombre de cas de diarrhée aqueuse chez les enfants de <5 ans	Cas / 1000 / mois	Variable	Variable	Oui	Non
		Morbidité proportionnelle liée à la diarrhée aqueuse chez les enfants de <5 ans	Cas / total <5 ans x 100	Variable	Variable	Non	Oui
	Diminution du nombre de cas de pneumonie	Nombre de cas de pneumonie chez les enfants de <5 ans	Cas / 1000 / mois	Variable	Variable	Oui	Non
		Morbidité proportionnelle de la pneumonie chez les enfants de <5 ans	Cas / total <5 ans x 100	Variable	Variable	Non	Oui
		Nombre de cas de pneumonie ≥ 5 ans	Cas / 1000 / mois	Variable	Variable	Oui	Non
		Morbidité proportionnelle de la pneumonie ≥ 5 ans	Cas / total ≥ 5 ans x 100	Variable	Variable	Non	Oui
	Meilleur résultat du traitement de la tuberculose	Taux de guérison de la tuberculose	%	Variable	Variable	Oui	Non

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme d'urgence <sup>i</sup>	Norme post-urgence	Camp <sup>ii</sup>	Hors camp
Amélioration de la survie des enfants	Augmentation de la couverture vaccinale infantile (0-12 mois)	Couverture vaccinale complète	%		≥ 95%	Oui	Non
	Couverture de la rougeole dans les situations d'urgence	Couverture vaccinale contre la rougeole <sup>iii</sup>	%	≥ 95%		Oui	Non
	Amélioration de la prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME)	L'intervention a-t-elle adopté des parcours de soins standards pour <5 infections (PCIME ou autres) ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui
Accès facilité à la prévention et à la prise en charge intégrée des maladies chroniques et services de santé mentale fournis	Amélioration des soins pour les maladies chroniques	L'intervention s'appuie-t-elle sur des parcours de soins standards pour le diabète et l'hypertension ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui
	Amélioration des soins de santé mentale	L'intervention a-t-elle adopté au moins 7 des 11 recommandations dans la liste de contrôle pour les interventions de SMSPS <sup>iv</sup> ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui
Accès amélioré aux soins spécialisés et aux systèmes de santé nationaux	Amélioration de l'accès aux soins spécialisés	Le système d'orientation vers des soins spécialisés s'appuie-t-il sur des POS ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Intégration assurée dans les services nationaux et mécanismes de financement de la santé explorés	Accès aux systèmes de santé nationaux	Les réfugiés ont-ils accès aux services de santé nationaux au même titre que la population nationale ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui

i Dans ce plan stratégique, une urgence est définie arbitrairement comme les six premiers mois après que le mouvement de population se soit stabilisé. Cependant, cette définition est spécifique au contexte et devrait uniquement servir d'orientation générale.

ii Tous les indicateurs ne seront pas recueillis dans toutes les situations, ce tableau indiquant si les indicateurs sont recueillis dans les camps de réfugiés et/ou hors des camps (Oui ou Non).

iii Notons que dans les situations d'extrême urgence, la vaccination contre la rougeole peut augmenter au-delà de 6 mois, comme c'est la norme, pour atteindre 15 ans. Selon l'état de la vaccination de la population, la tranche d'âge peut augmenter.

iv Voir Santé mentale & Soutien psychosocial. Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés (HCR, 2013) <http://www.unhcr.fr/52fccfc79.pdf>

## RÉFÉRENCES CLÉS DU HCR

1. Garantir l'accès aux soins de santé. Directives opérationnelles en matière de protection des réfugiés et solutions dans les zones urbaines. HCR 2011. <http://www.unhcr.fr/4e26cde39.pdf>
2. Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires. HCR 2009. <http://www.unhcr.fr/4bfe65859.html>
3. Médicaments et fournitures médicales. Politique et principes directeurs du HCR 2013. <http://www.unhcr.fr/4f717b266.pdf>
4. A guidance note on health insurance schemes for refugees and other persons of concern to UNHCR. HCR 2012. <http://www.unhcr.org/4f7d4cb1342.html>
5. L'équité en santé publique chez les réfugiés et autres personnes déplacées. HCR 2010. <http://www.unhcr.fr/4cbdb1256.pdf>
6. Santé mentale & Soutien psychosocial. Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés. HCR 2013. <http://www.unhcr.fr/52fccfc79.pdf>
7. Préparation et Réponse aux Épidémies dans les Camps de Réfugiés. Principes Directeurs Destinés aux Fonctionnaires de la Santé Publique. HCR 2011. <http://www.unhcr.fr/4f717c749.pdf>
8. Principes directeurs en matière d'interventions de santé publique liées au rapatriement. HCR 2011. <http://www.unhcr.fr/4f717c289.pdf>
9. Community-based health workforce: an evidence-based guidance for refugee situations. HCR 2014 (à paraître)
10. Guidance on mortality data collection and reporting in refugee situations. HCR 2014 (à paraître)





# VIH ET SANTÉ REPRODUCTIVE

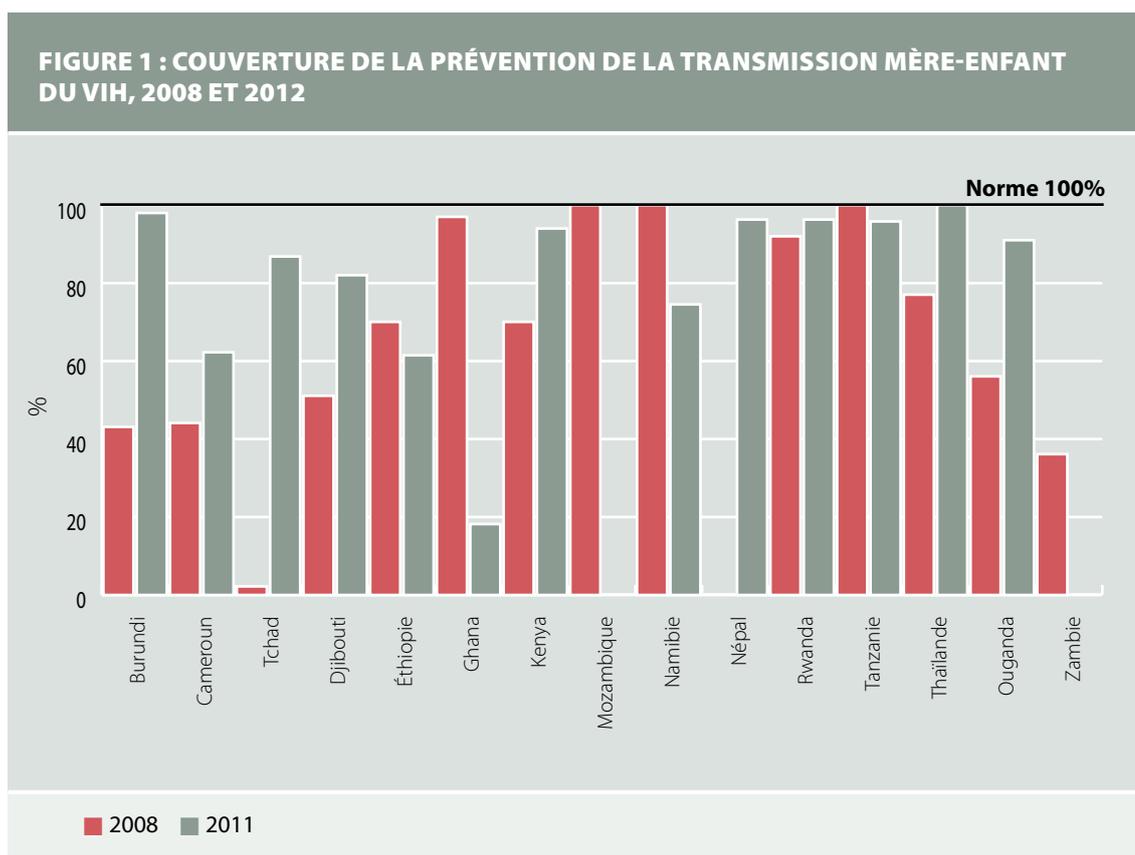
## **CONTEXTE ET ANALYSE DE LA SITUATION**

Concernant le VIH, garantir l'accès universel à la protection, à la prévention, aux soins et au traitement, ainsi que des services complets et intégrés de santé reproductive, maternelle et néonatale, afin de prévenir la morbidité et la mortalité liées au VIH et les problèmes de santé reproductive est une préoccupation majeure dans les activités de protection et d'assistance du HCR. Les programmes sur le VIH et la santé reproductive du HCR sont offerts dans le cadre de la santé publique, de la protection et du développement communautaire.

Les plans stratégiques 2008-2012 pour la santé publique du HCR ont permis de réaliser des progrès importants en terme d'amélioration de l'accès à des services complets sur le VIH et la santé reproductive destinés aux réfugiés. Cependant, les défis demeurent et de nouvelles questions se posent. Les composantes du programme pour lesquelles les normes n'ont pas été respectées sont devenues des domaines prioritaires de la Stratégie 2014-2018.

En 2012, 53 % des pays dans lesquels le HCR est intervenu disposaient d'une législation protégeant les droits des demandeurs d'asile séropositifs contre 51% en 2008. De même, la proportion des pays dotés d'une législation protégeant les réfugiés contre le dépistage obligatoire du VIH a augmenté de 63 % à 65 % entre 2008 et 2012. Les actions de plaidoyer ont permis de nettes améliorations dans l'accès au traitement antirétroviral (TAR), dont les personnes concernées bénéficient désormais à un niveau comparable à celui de la population locale. La proportion de pays dans lesquels les réfugiés ont un accès égal aux antirétroviraux est passée de 79 % à 88 % entre 2008 et 2012. Le HCR a étendu l'offre de traitement post-exposition (TPE) et continuera à le faire, avec l'objectif de garantir un accès à 100 % à tous les réfugiés dans un délai de 72 heures après un viol. Des efforts supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine.

Entre 2008 et 2012, le pourcentage global de femmes ayant accès à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a augmenté, même si les interventions ne répondent pas toujours à la norme de 100 %. La figure 1 présente une comparaison de la couverture de la PTME entre 2008 et 2012 dans 15 pays.

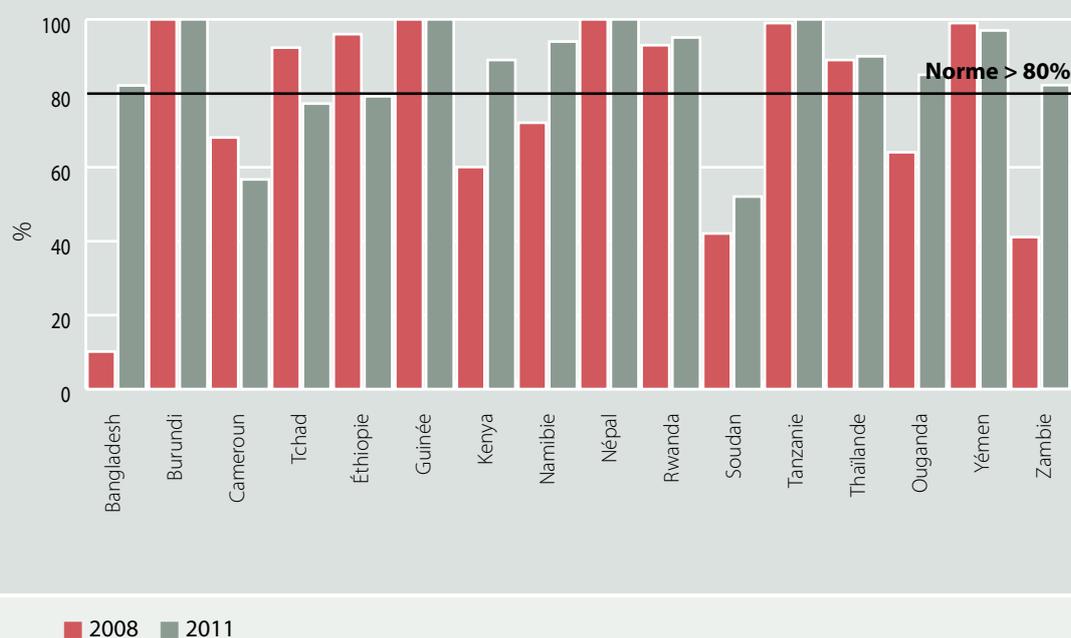


*Soins et traitement du VIH* : Grâce à un plaidoyer cohérent en faveur de l'intégration des réfugiés dans les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, à une meilleure identification des personnes nécessitant un TAR ainsi qu'à une orientation efficace vers les établissements de santé offrant un tel traitement, l'accès au TAR pour les réfugiés s'est amélioré depuis 2008. À la fin de 2012, 93 % des réfugiés avaient accès à la thérapie antirétrovirale à un niveau comparable à celui de la population locale, contre 79 % en 2008.

En dépit de ces avancées, de nombreuses interventions doivent encore intensifier leurs efforts pour atteindre les normes et garantir l'accès à des programmes complets de protection contre le VIH, de prévention, de soins et de traitement. La stigmatisation au niveau national et individuel est encore un obstacle majeur à l'accès aux services liés au VIH.

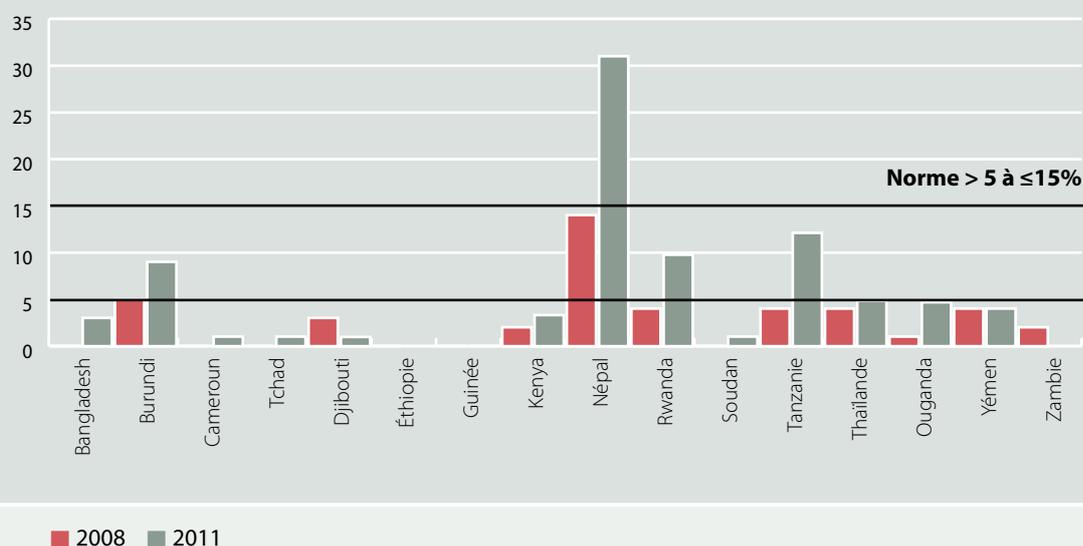
*Des services complets de santé reproductive* : Le nombre de pays dans lesquels au moins 80 % des accouchements ont eu lieu dans un centre de santé est passé de 48 % à 83 % de 2008 à 2012. En 2008, 38 % des interventions ont pu satisfaire à la norme d'au moins 90 % des accouchements gérés par du personnel qualifié, contre 61 % en 2012. Entre 2008 et 2012, il y a eu une augmentation de 6 % à 60 % des pays où 5 à 15 % des accouchements ont été effectués par césarienne, impliquant plus de complications qui ont été rapidement détectées et vers des soins spécialisés et correctement gérées. Ces deux questions sont illustrées dans les figures 2 et 3.

**FIGURE 2 : PROPORTION D'ACCOUCHEMENTS REALISÉS DANS UN CENTRE DE SANTÉ, 2008 ET 2012**



La proportion des interventions atteignant une couverture de soins prénatals (SPN) complets d'au moins 90 % a chuté de 48 % à 23 % entre 2008 et 2012. Cela s'explique notamment par l'augmentation du nombre de visites prénatales (de trois à quatre), ces visites n'ayant pas été introduites dans tous les protocoles nationaux, ainsi que par un roulement du personnel élevé.

**FIGURE 3 : ACCOUCHEMENTS PAR CÉSARIENNE, 2008 ET 2012**



L'accès à la prévention et au traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) a augmenté. À la fin de 2012, 90 % des interventions disposaient de protocoles de prise en charge des cas pour les IST, contre 85 % en 2008. Au cours de la période 2008-2012, la couverture du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes dans le cadre des SPN a augmenté dans huit des vingt-et-un (38 %) pays.

## **OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ACTIONS STRUCTURANTES**

### **Objectif 1 : Réduire la transmission du VIH en appliquant une approche fondée sur la protection et les droits**

Le HCR continuera à fonder son programme VIH sur la protection et les principes des droits de l'homme et à se concentrer sur les liens étroits entre la protection, l'éducation et les activités de subsistance. Le HCR continuera son plaidoyer auprès des pays d'accueil pour empêcher que les réfugiés soient soumis à toute forme de dépistage obligatoire du VIH et exposés au risque de refoulement. Le HCR plaidera avec conviction en faveur de l'intégration des réfugiés et des personnes relevant des plans stratégiques nationaux contre le VIH.

Le HCR prévoit de cibler les jeunes (10-24 ans) dans les camps de réfugiés étant donné qu'ils ont des besoins de prévention et d'intervention spécifiques en matière de VIH. Le programme VIH destiné aux jeunes mettra l'accent sur des interventions de prévention combinées qui seront adaptées aux lieux d'intervention et aux contextes spécifiques. Il s'agira notamment de sensibiliser sur la santé sexuelle et reproductive et sur le VIH en s'appuyant sur un enseignement encadré sur la sexualité et les compétences de la vie quotidienne dispensé dans les écoles et dans des contextes informels, ainsi que sur des approches et des campagnes animées par des pairs. Il s'agira également de promouvoir l'accès universel aux préservatifs masculins et féminins, d'offrir des services de prévention et d'intervention sur le VIH adaptés aux jeunes dans les centres de santé, et de responsabiliser les jeunes et les organisations dirigées par des jeunes pour qu'ils œuvrent à la prévention du VIH dans les camps de réfugiés.

Le HCR appuiera l'introduction de nouveaux modèles plus assimilables de services de conseil et de dépistage du VIH dans les camps de réfugiés ayant une couverture limitée dans ces domaines. L'accent continuera d'être mis sur le renforcement de services de conseil et de dépistage de qualité, positionnés à différents endroits dans le système de santé ainsi qu'à l'échelle communautaire, selon le taux de prévalence du VIH. On veillera à ce que le caractère volontaire et confidentiel de ces services et la vie privée des personnes soient parfaitement respectés.

## **Objectif 2 : Faciliter l'accès universel au traitement antirétroviral**

Compte tenu de la publication en 2013 des lignes directrices unifiées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection au VIH et de ses implications pour les programmes nationaux de TAR, le HCR continuera à travailler sur le plaidoyer et à appuyer et collaborer avec les ministères de la Santé et les conseils nationaux de lutte contre le SIDA afin de s'assurer que les réfugiés bénéficient des protocoles nationaux nouvellement adoptés. Une fois que les programmes de traitement et de prévention seront bien établis, le HCR mettra l'accent sur la montée en échelle des services de dépistage, sur la détection précoce du VIH et sur une prise en charge rapide dans le parcours de soins et de traitement.

On accordera autant d'importance à l'observance du traitement et à l'accès au traitement. Cela implique de développer des directives opérationnelles simples et pragmatiques pour promouvoir l'observance des traitements dans les situations de réfugiés, mais aussi de soutenir des mécanismes efficaces de suivi de l'observance. L'expérience internationale et du HCR montre que l'absence de suivi demeure élevée chez les patients qui sont dans la phase de pré-TAR. Outre les mesures sur l'observance pour les patients sous TAR, on s'emploiera à garder les patients dans la phase de pré-TAR jusqu'à ce qu'ils deviennent admissibles au TAR.

Le HCR travaillera en étroite collaboration avec les ministères de la santé, les conseils nationaux de lutte contre le SIDA et d'autres partenaires afin de promouvoir et d'élargir l'utilisation de points de service et d'autres plates-formes simplifiées pour le diagnostic et le suivi du traitement.

Un accès équitable au TAR sera garanti pour les enfants et les groupes vulnérables chez les hommes et les femmes, avec un accent particulier sur les populations clés. Afin d'accroître l'accès à un traitement durable et de qualité, les services de TAR seront fournis de manière décentralisée et intégrés dans les programmes de prévention et d'autres programmes de santé. Des efforts seront également déployés pour renforcer davantage l'accès à la prophylaxie et au traitement des infections opportunistes, en particulier pour la co-infection tuberculose / VIH.

Les systèmes communautaires, y compris les réseaux de personnes vivant avec le VIH / SIDA, seront renforcés afin de permettre leur participation active à l'élaboration de stratégies en matière de conseil et de dépistage, à l'organisation des services et de la prestation de services ainsi qu'au respect et à la fourniture de soins et de soutien, notamment à l'appui nutritionnel aux communautés touchées.

### **ÉTUDE DE CAS - POURSUITE DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LES RÉFUGIÉS IVOIRIENS AU LIBÉRIA**

La collaboration des pouvoirs publics, des ONG, des partenaires au développement et du HCR lors de l'afflux de réfugiés ivoiriens au Libéria en avril 2011 a permis la fourniture efficace de services liés au VIH. Au début de la crise, l'action prioritaire a consisté à identifier les personnes qui étaient déjà sous TAR afin de s'assurer qu'elles poursuivent leur traitement. Des informations sur la nécessité de ne pas interrompre le TAR et sur l'accès aux services ont été données dans les centres d'inscription. En outre, les agents de santé communautaires ont été mobilisés pour sensibiliser les communautés qui recevaient les réfugiés. Ils ont fourni des informations sur la disponibilité des services. À la fin de 2011, il y avait 132 réfugiés sous TAR ; 70 % avaient démarré le traitement au Libéria et 30 % avaient poursuivi leur traitement démarré en Côte-d'Ivoire.

**Objectif 3 : Faciliter l'élimination de la transmission verticale du VIH**

Compte tenu des données irréfutables mettant en évidence la nécessité de traiter les femmes enceintes séropositives pour prévenir et éliminer la transmission mère-enfant, le HCR plaidera pour l'inclusion des réfugiés dans les plans d'action nationaux. Le HCR appuiera le renforcement des capacités des partenaires pour qu'ils puissent efficacement participer à l'élimination des schémas de transmission mère-enfant conformément aux protocoles nationaux.

Le HCR travaillera avec les partenaires et veillera à ce que toute une panoplie de services favorisant l'élimination de la transmission mère-enfant soit fournie, avec notamment un accès universel aux services de conseil et de dépistage volontaire pour les femmes enceintes et un accès à des services de TAR adaptés aux femmes enceintes et aux bébés exposés (conseils sur l'observance du traitement et sur les pratiques d'alimentation du nourrisson, diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson et test de suivi à 18 mois). L'ensemble de ces services pour l'élimination de la transmission mère-enfant sera solidement intégré dans des systèmes de santé maternelle et infantile renforcés, avec notamment des soins prénatals focalisés et une surveillance spécifique durant l'accouchement.

**Objectif 4 : Améliorer l'accès à des services globaux de santé reproductive, maternelle et néonatale**

Le HCR reconnaît que des services globaux de santé reproductive, maternelle et néonatale ont un impact non seulement sur les individus, mais aussi sur la famille et la communauté dans son ensemble. Il continuera donc à mettre l'accent sur ce domaine en appliquant une approche axée sur la communauté.

Au début d'une crise de réfugiés, les programmes sont censés assurer des interventions minimales essentielles à fort impact avant la mise en œuvre d'activités globales. L'ensemble minimal de services initiaux (MISP) pour la santé reproductive répertorie les interventions prioritaires. Dès que la situation s'est stabilisée et que le MISP est en place, les programmes appuient la mise en place de programmes de santé reproductive globaux.

Les principales composantes de ce programme sont :

*Toute la gamme de services de santé maternelle et infantile* : les soins prénatals focalisés, l'accès aux programmes d'alimentation complémentaire, y compris aux macro et micronutriments, l'accouchement par des accoucheuses qualifiées dans des établissements convenablement équipés (transfert d'urgence, accès à du sang non contaminé et à la césarienne), les soins post-natals (y compris conseils de planification familiale post-partum, premiers soins au nourrisson et soins néonataux). Tout sera fait pour minimiser les retards dans

**ÉTUDE DE CAS - AUDIT SUR LES DÉCÈS MATERNELS À DADAAB AU KENYA**

Depuis 2008, le HCR suit tous les décès maternels dans les camps de réfugiés, dans le but d'améliorer la santé maternelle dans les populations de réfugiés. En 2012, un examen complet des décès maternels a été effectué dans les camps de réfugiés de Dadaab au Kenya. L'éclampsie a été identifiée comme la principale cause de décès. En outre, le refus de suivre les procédures a largement contribué à la plupart des décès maternels. Compte tenu de ces observations, des plans de naissance ont été introduits à Dadaab pour garantir l'adhésion aux procédures et préparer les femmes enceintes et leurs familles à l'accouchement. En outre, le personnel clinique a reçu une formation supplémentaire sur la gestion des complications, y compris la pré-éclampsie et l'éclampsie.

l'accès aux services de santé maternelle. Dans les camps de réfugiés, en cas de décès maternel, un audit sera réalisé dans un délai de 48 heures.

La prévention et la gestion des fistules dans les camps de réfugiés seront une priorité importante. Il s'agit notamment d'accroître la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, d'améliorer le dépistage précoce des fistules et d'offrir les soins primaires / secondaires / tertiaires dont la femme a besoin.

*Des mesures d'espacement des naissances et de planification familiale* seront introduites pour répondre aux besoins actuellement non satisfaits. Le HCR travaillera avec les acteurs clés et utilisera le plus large éventail de méthodes de planification familiale possible pour recevoir des conseils de qualité donnés par des agents de santé formés. Diverses stratégies de mobilisation communautaire, y compris des collaborations avec les hommes, seront utilisées pour augmenter le recours aux services de planification familiale.

Des services adaptés de *santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents* seront offerts et proposeront des informations de qualité, adaptées aux jeunes et tenant compte des sexospécificités ainsi que des services pour les jeunes (10-24 ans) à la fois dans le cadre scolaire et en dehors. Atteindre cet objectif sera possible grâce à une forte participation des jeunes et à l'engagement des enseignants, des parents et des chefs communautaires. Cette approche vise à favoriser l'intégration des centres pour la jeunesse et des centres de santé. Par ailleurs, des approches pragmatiques « de pair à pair » visant à promouvoir un changement de comportement et à favoriser l'acceptation des services seront encouragées dans les situations de réfugiés.

*La prévention et le traitement des IST* continueront d'être une priorité stratégique importante. Une approche syndromique, c'est-à-dire axée sur l'analyse des symptômes, de la gestion des IST sera renforcée par la sensibilisation, la formation, en assurant la disponibilité des médicaments et des fournitures, en affichant les protocoles et en réalisant des audits des prescriptions. La recherche des partenaires, le conseil et le dépistage volontaire du VIH pour les patients souffrant d'IST et leurs partenaires, les tests VDRL (pour le diagnostic de la syphilis) et les tests rapides de la réagine plasmatique (RPR) pendant les SPN seront activement pratiqués. Le traitement présomptif sera également encouragé pour les groupes à haut risque.

*La violence sexuelle et sexiste* est un problème à la fois de protection et de santé publique. La combattre implique d'adopter une approche intégrée touchant à la santé, à la protection en général et à la protection communautaire. Conformément à la stratégie du HCR pour la lutte contre la violence sexuelle et sexiste<sup>10</sup>, le HCR renforcera les systèmes d'orientation vers des soins spécialisés et les POS pour la prise en charge clinique des victimes de viol. Le personnel clinique sera formé à la prise en charge clinique des victimes de viol, la population sera sensibilisée à la signalisation rapide des cas, et la disponibilité des services et les parcours d'orientation seront améliorés. Les pratiques traditionnelles préjudiciables, telles que les mariages précoces et les mutilations génitales féminines, ont un impact considérable sur les droits humains et la santé publique. D'importants efforts de collaboration touchant à la protection et à la santé publique seront déployés pour remédier à ces problèmes grâce à une approche stratégique à long terme. Le plan appuiera le renforcement des capacités des partenaires par des organismes qualifiés disposant d'une expertise avérée dans ces domaines.

---

10 Action contre la violence sexuelle et sexiste : stratégie actualisée, juin 2011 <http://www.unhcr.org/4e1d5aba9.pdf>

**Objectif 5 : Mieux utiliser les technologies novatrices et appropriées pour la santé des femmes**

Les données mondiales semblent indiquer que la majorité des décès maternels et infantiles pourraient être évités si les droits des femmes étaient respectés et si un meilleur accès à des soins de qualité était offert pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Outre le risque de mortalité maternelle, les filles et les femmes connaissent également des problèmes de santé importants au cours de leur vie. Les outils et les modèles servant actuellement à soigner les filles et les femmes n'ont pas réussi à répondre correctement à ces problèmes.

Au cours des dernières années, de nouvelles approches servant à développer des modèles évolutifs durables ont vu le jour pour fournir des soins de santé dans les pays où les besoins non satisfaits sont importants. Certaines permettent notamment aux filles et aux femmes d'accéder plus facilement à des services de santé abordables et de qualité.

En vertu de la stratégie, les opérations du pays seront appuyées pour assurer la prévention et les soins primaires pour les affections gynécologiques, telles que le cancer du col utérin et le cancer du sein. Lorsque des programmes nationaux de dépistage existent et qu'un traitement abordable est possible, un dépistage des cancers de l'appareil reproducteur sera entrepris.

Le HCR cherchera à renforcer les liens avec les programmes nationaux de vaccination des jeunes enfants contre le virus du papillome humain (VPH) - un programme qui est en train d'être mis en place dans dix pays d'Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud-Est par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

En outre, le HCR explorera le potentiel de la technologie basée sur les messages / SMS pour envoyer des informations et des rappels de rendez-vous, tels que la prochaine visite de SPN.



## SUIVI

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme d'urgence <sup>v</sup>	Norme post-urgence	Camp <sup>vi</sup>	Hors camp
Réduire la transmission du VIH en s'appuyant sur une approche fondée sur la protection et les droits	Les réfugiés ne sont pas victimes de discrimination en raison de leur statut sérologique du VIH	Plaidoyer pour une législation protégeant les droits des réfugiés séropositifs ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui
	Transmission sexuelle du VIH réduite	Accès des réfugiés à des préservatifs masculins ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Faciliter l'accès universel au traitement antirétroviral	Amélioration de la détection précoce du VIH	Égalité d'accès aux services de CDV avec la population d'accueil ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui
		Les réfugiés ont-ils un accès égal à des conseils et des tests proposés par les prestataires de soins ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui
		Proportion des patients tuberculeux soumis à un test du VIH	%		100 %	Oui	Non
	Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes admissibles au traitement	Égalité d'accès aux services de TAR avec la population d'accueil ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Non
		Nombre de réfugiés recevant un traitement antirétroviral	Nombre		Oui	Oui	Non
Faciliter l'élimination de la transmission verticale du VIH	Monter en échelle et favoriser l'élimination de la transmission mère-enfant	Couverture de la PTME	%		100 %	Oui	Non
		Égalité d'accès à des services de santé maternelle et néonatale avec la population d'accueil ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Améliorer l'accès à des services globaux de santé reproductive, maternelle et néonatale	De soins néonataux et obstétricaux d'urgence sont disponibles et accessibles 24h/24 et 7j/7 et un parcours d'orientation vers des soins spécialisés est mis en place.	Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	%	≥ 90 %	100 %	Oui	Oui
		Proportion des accouchements par césarienne	%	>5 - <15 % <sup>vii</sup>	>5 - <15 %	Oui	Oui
		L'intervention comporte-t-elle des programmes sur les fistules obstétriques et d'orientation vers des soins spécialisés ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui
	Amélioration des soins néonataux et meilleure survie des enfants	Des sacs Ambu pour la réanimation néonatale sont-ils disponibles dans tous les établissements de santé ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Non
	Enquête sur tous les décès maternels	Proportion de décès maternels étudiés dans les 48 heures	%	100 %	100 %	Oui	Non

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme d'urgence <sup>v</sup>	Norme post-urgence	Camp <sup>vi</sup>	Hors camp
Améliorer l'accès à des services globaux de santé reproductive, maternelle et néonatale	Amélioration des services de prévention pour les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés	Couverture de la vaccination prénatale contre le tétanos	%		≥ 95 % <sup>viii</sup>	Oui	Non
		Couverture des soins prénatals	%		≥ 95 %	Oui	Non
		Couverture des soins postnatals	%		≥ 95 %	Oui	Non
	Les victimes de viol reçoivent des soins cliniques appropriés	Proportion des victimes de viol recevant un TPE dans les 72 heures	%	100 %	100 %	Oui	Oui
	Augmentation de l'adoption de la planification familiale	Taux de prévalence contraceptive	%		≥ 30 %	Oui	Non
	Réduction des infections sexuellement transmissibles	Fréquence de la maladie inflammatoire pelvienne	Cas / 1000 / mois		Variable	Oui	Non
Fréquence de l'herpès génital		Cas / 1000 / mois		Variable	Oui	Non	
	Amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents	% d'accouchements des moins de 18 ans	%		Variable	Oui	Non
Mieux utiliser les technologies novatrices et appropriées pour la santé des femmes	Améliorer la santé des femmes	Les femmes réfugiées ont-elle un accès égal au dépistage du cancer du col utérin à celui de la communauté d'accueil ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui
		Les filles < 16 ans ont-elles accès à la vaccination contre le VPH ?	Oui / Non		Oui	Oui	Oui

v Dans ce plan stratégique, une urgence est définie arbitrairement comme les six premiers mois après que le mouvement de la population se soit stabilisé. Cependant, cette définition dépend du contexte et devrait seulement servir d'orientation générale.

vi Tous les indicateurs ne seront pas recueillis pour toutes les situations de réfugiés ; ce tableau indique si les indicateurs sont recueillis dans les camps de réfugiés et/ ou en dehors des camps (Oui ou Non).

vii L'OMS recommande que les taux de césarienne ne dépassent pas 10-15 %.

viii <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternalperinatalhealth/immunizationtetanus.pdf>

## RÉFÉRENCES CLÉS DU HCR

1. Note sur le VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de la compétence du HCR. HCR 2006. <http://www.refworld.org/pdfid/44917dd14.pdf>
2. Politique du HCR en matière de traitement antirétroviral pour les réfugiés. HCR 2007. <http://www.refworld.org/pdfid/48abd599d.pdf>
3. Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, HCR / OMS / ONU-SIDA (révision en 2014)
4. Guide clinique pour la prise en charge antirétrovirale des personnes déplacées. Afrique du Sud. Southern African HIV Clinicians Society, HCR 2007. <http://www.unhcr.fr/4b151c620.pdf> (révision en 2014)
5. Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. GTI 2010. [http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/emergencies/field\\_manuel\\_rh\\_humanitarian\\_settings\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manuel_rh_humanitarian_settings_fr.pdf?ua=1)





# SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITION

## **CONTEXTE ET ANALYSE DE LA SITUATION**

Le but de ce domaine est d'améliorer la situation des réfugiés en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, et de réduire la prévalence de la dénutrition chez les réfugiés, en particulier chez les femmes, les jeunes enfants et les autres groupes vulnérables comme les jeunes, les personnes âgées et les personnes ayant des besoins spéciaux.

Le déplacement représente un choc important pour les personnes et s'accompagne souvent d'une disparition complète de leurs moyens de subsistance et d'une perte de droits menant à la sous-alimentation et à l'insécurité alimentaire. Dans les opérations de réfugiés, la protection, la sécurité alimentaire et la nutrition sont étroitement liées. Les personnes déplacées de force doivent chaque jour acquérir de la nourriture et d'autres articles et services de base, mais pour différentes raisons, la vie de réfugié rend cela difficile et risqué. Les lois du pays d'accueil interdisent souvent aux réfugiés de travailler ou de posséder des biens ou des entreprises. Les politiques de placement dans des camps restreignent la liberté de mouvement des réfugiés, y compris pour accéder aux marchés. Les moyens de subsistance peuvent encore être limités par un certain nombre de facteurs, ce qui a des conséquences néfastes sur la sécurité alimentaire et la nutrition. Il s'agit notamment de l'accès limité aux terres pastorales et arables et aux ressources naturelles, de la déperdition des connaissances et des compétences, des moyens de transport limités et des situations de pauvreté généralisée<sup>11</sup>. Le déplacement est de plus en plus bouleversant tant pour les populations rurales qu'urbaines. En s'appuyant sur son expérience croissant de travail auprès de populations urbaines déplacées, le HCR mettra en place des interventions visant à relever les différents défis et à répondre aux besoins en matière de sécurité alimentaire et de nutrition.

Dans de tels contextes, les réfugiés luttent pour leurs moyens de subsistance et s'appauvrissent encore plus sans eux. Avant d'arriver dans leur pays d'asile, les réfugiés se déplacent souvent pendant des jours dans des conditions précaires, ce qui met encore davantage en danger leur santé physique et leur sécurité et les expose à un risque accru de maladie, de malnutrition et de mort. Leurs actifs productifs, tels que des économies d'argent ou des biens transportables, s'amenuisent rapidement, ce qui leur fait perdre l'accès à une partie de leur capital humain et social.

---

11 Voir la stratégie globale du HCR sur les moyens de subsistance, 2014-2018.

En conséquence, la malnutrition aiguë et le retard de croissance sont très répandus dans de nombreuses situations d'urgence et de post-urgence dans le monde entier, en particulier chez les jeunes enfants réfugiés. Cette situation est souvent aggravée par des conditions difficiles en termes d'environnement, d'assainissement et de logement au début du déplacement. En 2012, près des deux tiers (63 %) des camps et des situations de réfugiés étudiés présentaient des taux d'au moins 10 % de malnutrition aiguë globale (MAG) chez les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois<sup>12</sup>. Ceci est illustré à la figure 4.

A côté de la mortalité, la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans est un indicateur majeur pour la santé globale et la nutrition d'une population. Les principales causes de la malnutrition aiguë sont un apport de nourriture insuffisant tant qualitativement que quantitativement, une alimentation sous-optimale du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et de mauvaises pratiques de soins. La morbidité est souvent liée aux problèmes d'environnement, d'hygiène et de logement. En outre, les carences en micronutriments, notamment l'anémie, sont fréquents dans les populations de réfugiés, y compris dans les contextes de post-urgence, en grande partie en raison de l'apport alimentaire insuffisant et des maladies transmissibles telles que le paludisme.

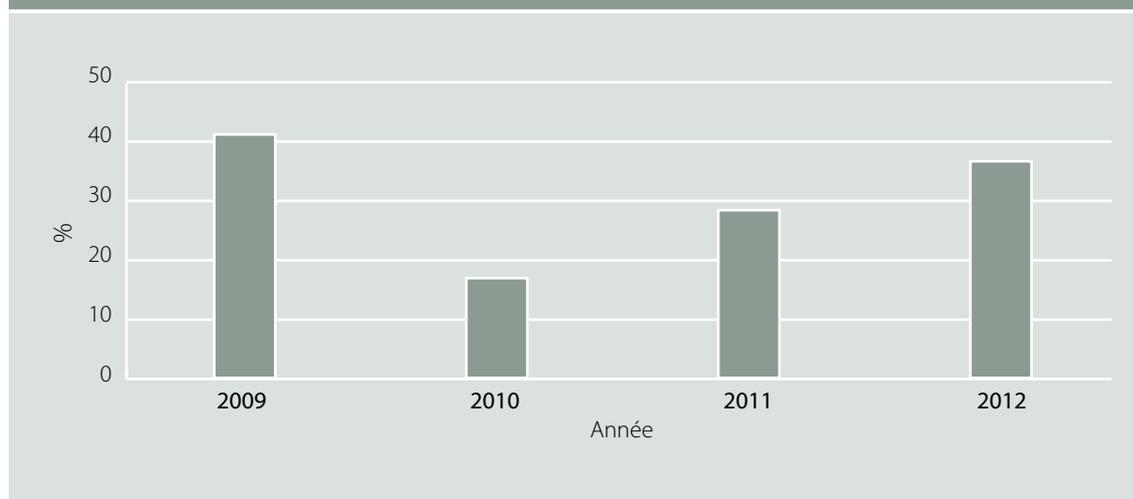
**FIGURE 4 : PROPORTION DE SITES ÉTUDIÉS OÙ LA PREVALENCE DE MAG CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS RESPECTENT LES NORMES DE < 10 % (2009-2012)**



12 Rapport du HCR à BPRM 2009-2012. Source : Base de données des enquêtes nutritionnelles du HCR.

En 2012, 63 % des camps et des installations étudiés présentaient des taux d'anémie de 40 % ou plus chez les nourrissons et les enfants âgés de 6-59 mois (figure 5)<sup>13</sup>. La malnutrition et les carences en micronutriments peuvent causer des retards de développement irréversibles, des retards de croissance, et la mort avec des impacts sur la survie à court terme et sur la capacité économique et productive à long terme.

**FIGURE 5 : PROPORTION DE SITES ÉTUDIÉS OÙ LA PREVALENCE D'ANÉMIE (HÉMOGLOBINE < 11 G / DL) CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS EST < 40 % (2009-2012)**



Les interventions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition visent à améliorer la sécurité alimentaire immédiate et le bien-être nutritionnel des réfugiés, principalement en s'attaquant aux causes immédiates et sous-jacentes de la malnutrition. Cela passe par : a) la prévention efficace de la dénutrition et des carences en micronutriments en donnant à toute la population l'accès à des produits alimentaires, à de l'argent et / ou à des bons alimentaires, en prévoyant des produits nutritionnels spéciaux pour les groupes vulnérables, ainsi qu'en encourageant et en appuyant des pratiques d'alimentation et de soins adaptées aux nourrissons et aux jeunes enfants ; b) le traitement de la malnutrition aiguë en offrant des projets de traitement de qualité et une couverture suffisante ; c) la mise à disposition d'informations et d'analyses actuelles en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, permettant ainsi une programmation appropriée et axée sur les besoins ; et d) une réponse efficace en matière de sécurité alimentaire et de nutrition en cas d'urgence. Les services de la sécurité alimentaire et de la nutrition travaillent également en étroite collaboration avec ceux des moyens de subsistance pour apporter des solutions à plus long terme et promouvoir l'autosuffisance des réfugiés.

13 Rapport du HCR à BPRM, 2009-2012. Source : Base de données de l'enquête sur la nutrition du HCR.

## OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ACTIONS STRUCTURANTES

### **Objectif 1 : Une prévention efficace de la dénutrition et des carences en micronutriments**

La dénutrition et les carences en micronutriments peuvent être efficacement prévenues en fournissant des aliments adaptés et en assurant que les populations y aient accès, ainsi qu'en favorisant des pratiques d'ANJE et de soins appropriées. La prévention s'appuie également sur l'amélioration des conditions de santé, de la situation en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, ainsi que des possibilités d'hébergement et des moyens de subsistance<sup>14</sup>.

L'accès à une alimentation adéquate est assuré de différentes manières. Au début d'une situation d'urgence, il passe souvent par l'assistance alimentaire, dans la plupart des cas en collaboration avec le PAM. Des projets spécifiques pour la prévention de la dénutrition, à savoir le « blanket feeding » pour les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes qui utilise des produits nutritionnels spéciaux ou des aliments composés enrichis, sont mis en place quand la prévalence de la malnutrition aiguë est élevée ou lorsqu'il existe des facteurs aggravants. D'autres produits riches en micronutriments sont utilisés quand les carences en micronutriments, se manifestant notamment par de l'anémie ou des retards de croissance, sont importantes.

Au cours des premiers jours du déplacement, il est essentiel de fournir une aide alimentaire suffisante, que ce soit sous la forme de produits alimentaires ou de transferts monétaires, pour assurer le bien-être nutritionnel des populations de réfugiés dans cette période délicate. Bien que la gestion de l'aide alimentaire selon les normes du HCR puisse d'avérer difficile dans les premiers moments d'une situation d'urgence, lorsque l'enregistrement des réfugiés s'amorce, ces activités doivent être correctement mises en place dès que possible. Sans cela, le risque d'insécurité alimentaire et de malnutrition ainsi que les problèmes de protection augmenteront.

### **ÉTUDE DE CAS - RÉPONSE À L'ANÉMIE A KAKUMA AU KENYA**

Dans le camp de Kakuma au Kenya, la mesure de l'anémie, réalisée régulièrement depuis 2003, met en évidence des niveaux inacceptables chez les enfants de moins de 5 ans. En 2008, la stratégie sur l'anémie a été mise en place pour assurer une meilleure coordination entre les programmes sur la nutrition et sur la santé reproductive, ainsi que pour améliorer le diagnostic et le traitement de l'anémie et de la malnutrition aiguë. Des efforts concertés ont été faits en matière de prévention et de lutte contre le paludisme, d'amélioration des pratiques d'ANJE et de soins, d'utilisation de produits nutritionnels spéciaux, d'amélioration du diagnostic et du traitement de la malnutrition ainsi que d'amélioration des programmes de vaccination et des interventions EAH. Des réductions significatives de l'anémie ont été enregistrées à Kakuma depuis le lancement de la stratégie sur l'anémie en 2008. L'anémie totale est passée de 73 % en octobre 2008 à 34,4 % en novembre 2012, soit une diminution globale de 53 %. Les réductions les plus impressionnantes ont été observées pour les prévalences d'anémie modérée et sévère, cliniquement plus significatives, qui ont diminué de presque 70 %, avec des niveaux d'anémie sévère presque négligeables.

14 Voir HCR, Stratégie globale sur les moyens de subsistance, 2014-2018 et HCR, Stratégie globale pour l'habitat et le refuge, 2014-2018.

Dans les zones où il existe des lacunes nutritionnelles avérées dans le régime alimentaire qui ne permettent pas de répondre aux besoins de groupes particuliers, comme les enfants âgés de 6 à 23 mois ou les femmes enceintes et allaitantes, la mise en œuvre de programmes de «blanket feeding » ou l'utilisation de produits de micronutriments spécifiques seront recommandées.

Le HCR continuera à promouvoir la distribution accrue d'espèces et de bons alimentaires chez les réfugiés. De plus en plus, là où les marchés sont fonctionnels et où les réfugiés y ont accès, le HCR distribue de l'argent et / ou des bons alimentaires aux réfugiés afin d'augmenter leur pouvoir d'achat et qu'ils puissent acquérir des aliments nutritifs, diversifiés et adaptés à leur culture<sup>15</sup>. L'argent et les bons alimentaires présentent également des avantages importants en termes de protection puisqu'ils donnent le choix aux réfugiés et les aident à avoir un semblant de normalité dans leur vie grâce à une responsabilisation économique et à l'intégration dans le marché. En outre, l'agriculture et la production alimentaire de subsistance, notamment la culture maraîchère et l'élevage sécurisé, sont encouragées dans la mesure du possible en fournissant des intrants et des formations adaptées.

La promotion et l'appui aux pratiques d'ANJE et de soins adéquates jouent un rôle clé dans la prévention de la malnutrition et des carences en micronutriments. Des actions de sensibilisation, des démonstrations et d'autres interventions, telles que des espaces réservés aux bébés et aux enfants et des réseaux de soutien communautaires, sont mis en place pour promouvoir et soutenir des pratiques d'alimentation et de soins qui favorisent la survie et réduisent la morbidité chez les enfants de moins de 24 mois. Il s'agit entre autres de : Initiation précoce de l'allaitement, Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, la poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois et au-delà, l'introduction d'aliments complémentaires sûrs, suffisants et appropriés à 6 mois ainsi que le soutien (psychosocial ou autre) pour les mères de jeunes enfants.

Dans les situations d'urgence, la protection et la promotion d'une ANJE appropriée au tout début de la crise contribuent à sauver la vie aux nourrissons et aux enfants âgés de moins de deux ans les plus vulnérables. Il en est ainsi même dans les situations où la malnutrition aiguë globale n'est pas particulièrement préoccupante dans la situation d'urgence donnée. En 2013, l'ANJE dans les situations d'urgence a rarement été appliquée lors du lancement des programmes de nutrition d'urgence. Cette action doit être renforcée.

Par ailleurs, le HCR recherchera de plus en plus des solutions locales et culturellement adaptées pour la prévention de la dénutrition. Il s'agit notamment d'améliorer l'accès au lait frais dans les populations pastorales, de promouvoir d'autres pratiques traditionnelles qui peuvent avoir des conséquences nutritionnelles positives, telles que la consommation d'aliments traditionnels, saisonniers ou sauvages disponibles localement, et d'encourager les techniques de cuisine traditionnelles qui augmentent la biodisponibilité des nutriments dans les aliments. L'amélioration des pratiques d'ANJE basée sur les aliments locaux sera une autre préoccupation majeure au cours de la période visée par la stratégie.

Le HCR continuera d'améliorer la rapidité des interventions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition dans les crises de réfugiés et s'efforcera de renforcer la préparation et la planification. Cela commence par la fourniture de rations alimentaires ou de repas préparés, le cas échéant, dans les premiers jours de déplacement mais aussi par la collecte et la documentation de données régulières et pertinentes servant à déterminer les besoins et les tendances. Cela permettra d'offrir des programmes plus efficaces et plus rapides en matière de sécurité alimentaire et de nutrition. En outre, les services de nutrition seront coordonnés et organisés de manière efficace et adaptée lors d'importants afflux de réfugiés.

---

15 An introduction to Cash-Based interventions in UNHCR operations, 2012 <http://www.unhcr.org/515a959e9.pdf>

## Objectif 2 : Un traitement efficace de la malnutrition aiguë

La malnutrition aiguë est traitée soit par les services fournis dans les camps de réfugiés, soit à travers les programmes nationaux, mais les résultats du traitement et la qualité des projets varient grandement selon les différents scénarios. Le traitement de la malnutrition aiguë dans les situations de réfugiés devrait être géré conformément aux principes de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCCMA), aux directives de traitement nationales applicables ou aux protocoles de l'OMS quand il n'existe pas de directives récentes en matière de PCCMA au niveau national.

Le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) sera pris en charge par des plates-formes d'hospitalisation et de soins ambulatoires et, autant que possible, organisé en collaboration avec l'UNICEF, en vue de garantir la fourniture de produits et de formations pour le traitement de la MAS. Le traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM) sera assuré par des consultations externes, le PAM fournissant normalement les produits alimentaires nécessaires au traitement. La participation communautaire et la sensibilisation à l'identification des personnes souffrant de malnutrition, ainsi que leur intégration et leur fidélisation au traitement de la malnutrition aiguë sont essentielles à la réussite de ce programme, ainsi que pour obtenir une couverture efficace. Établir et entretenir des liens étroits entre les différentes composantes des programmes de PCCMA, ainsi qu'avec les services chargés de la prévention et de la santé est essentiel pour garantir un programme de traitement efficace.

Dans les situations d'urgence où les niveaux de MAG sont élevés, il est important d'organiser et de coordonner au mieux les services entre tous les partenaires, d'entretenir la communication avec la population réfugiée et de la sensibiliser.

Le HCR continuera à renforcer les programmes pour traiter la malnutrition aiguë en s'efforçant d'améliorer les activités communautaires et les liens avec les services connexes et de rechercher des solutions appropriées pour la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les réfugiés qui vivent en dehors des camps. Le suivi des programmes de traitement en cours sera systématique, un module amélioré sur la nutrition servant à la documentation dans le SIS. Des enquêtes régulières sur la couverture seront encouragées, notamment dans les situations où la MAG est importante.

### ÉTUDE DE CAS - LA CUISINE À LAIT

Le HCR applique une politique stricte en matière d'acceptation, de distribution et d'utilisation des produits laitiers dans les situations de réfugiés ; une politique qui protège les jeunes enfants contre le remplacement de l'allaitement et les maladies dues à la contamination des produits laitiers. Le HCR reconnaît également l'importance nutritionnelle du lait et des produits laitiers, leur valeur socio-culturelle ajoutée, en particulier dans les populations pastorales qui représentent une grande proportion des réfugiés dans le monde, par exemple au Kenya, au Niger, au Burkina Faso, en Mauritanie ou au Soudan du Sud, ainsi que l'absence de lait dans ces contextes.

Un projet des cantines laitières est en cours d'élaboration pour répondre au besoin de protéger les jeunes enfants contre les dangers de l'utilisation des produits laitiers dans les situations de réfugiés. Le concept des cantines laitières consistera à offrir régulièrement un verre de lait aux jeunes enfants dans un espace adapté aux enfants qui favorise également les programmes de développement de la petite enfance, afin que le lait soit consommé sur place dans de bonnes conditions d'hygiène. Le programme recourra au bétail disponible tant chez les réfugiés que dans la population d'accueil, améliorant ainsi non seulement le régime alimentaire des jeunes enfants, mais aussi les moyens de subsistance de la population réfugiée et d'accueil grâce à l'augmentation des débouchés pour les produits laitiers et à la fourniture de soins vétérinaires et de contrôle des troupeaux. Le concept est actuellement à l'étude au Burkina Faso.

### **Objectif 3 : Mise à disposition d'informations et d'analyses actuelles en matière de sécurité alimentaire et de nutrition pour permettre une programmation appropriée et axée sur les besoins**

Le HCR a mis au point un certain nombre d'outils pour fournir des informations sur la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel des réfugiés et les a utilisés dans la plupart de ses interventions dans le monde. Les analyses et les informations obtenues grâce aux enquêtes, aux études et au suivi alimentent directement la programmation afin que les programmes sur la sécurité alimentaire et la nutrition soient axés sur les besoins et les réalités. Le HCR continuera à promouvoir l'utilisation régulière, de préférence chaque année, des SENS (<http://www.sens.unhcr.org>) dans les opérations de réfugiés. Les enquêtes SENS constituent la norme d'information sur les priorités stratégiques mondiales du HCR. Elles s'appuient sur des méthodes reconnues mondialement pour la collecte de données anthropométriques au niveau de la population, et comprennent également des informations sur la santé, l'anémie, l'ANJE, la sécurité alimentaire, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et la couverture de l'utilisation des moustiquaires.

Des mesures seront prises pour s'assurer que, à chaque nouvelle urgence, le dépistage anthropométrique et des missions d'évaluation conjointes rapides (JAM rapides - en collaboration avec le PAM) soient réalisés de manière systématique et rapide. Des mesures seront également mises en place pour s'assurer que les recommandations issues des évaluations et des enquêtes, notamment des SENS et des missions d'évaluation conjointes, soient appliquées. Le suivi des opérations en cours, par exemple le suivi de la post-distribution (SPD) et le suivi du panier alimentaire (SPA), sera formalisé pour, le cas échéant, permettre des changements rapides dans la mise en œuvre.

Le guide pratique du HCR et du PAM sur les JAM (<http://www.unhcr.org/521612d09.html>) est un outil essentiel pour évaluer la situation des réfugiés en matière de sécurité alimentaire ; elle est utilisée systématiquement dans les activités menées conjointement avec le PAM. Le guide pratique a été mis à jour en 2013 et comprend désormais des indications sur les JAM rapides, dont une méthodologie permettant d'évaluer rapidement la sécurité alimentaire lorsqu'une nouvelle crise de réfugiés survient.

## SUIVI

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme d'urgence <sup>ix</sup>	Norme post-urgence	Camp <sup>t</sup>	Hors camp
Améliorer la situation des réfugiés en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, et réduire la prévalence de la dénutrition chez les réfugiés, en particulier chez les femmes, les jeunes enfants et les personnes vulnérables	Réduire la prévalence de malnutrition aiguë globale	Malnutrition aiguë globale	Prévalence (%)	< 10 %	< 10 %	Oui	Oui
	Réduire la prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance)	Retard de croissance	Prévalence (%)		< 20 %	Oui	Oui
	Réduire la prévalence de l'anémie chez les nourrissons et les enfants âgés de 6 à 59 mois	Anémie (enfants âgés de 6-59 mois)	Prévalence (%)		< 20 % <sup>ii</sup>	Oui	Oui
	Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes non enceintes âgées de 15 à 49 ans	L'anémie chez les femmes non enceintes âgées de 15 à 49 ans	Prévalence (%)		< 20 %	Oui	Oui
Prévention efficace de la dénutrition et des carences en micronutriments	Améliorer la diversité alimentaire	Pourcentage de ménages ne consommant pas du tout de légumes, de fruits, de viande, d'œufs, de poisson / de fruits de mer et de produits laitiers / de lait	Proportion de ménages		< 10 %*	Oui	Oui
	Améliorer l'accès à des produits alimentaires adéquats sans recourir à des stratégies d'adaptation négatives	Proportion de ménages ne recourant pas à des stratégies d'adaptation négatives	Proportion de ménages		> 50 %*	Oui	Oui
	Améliorer la fourniture d'aide alimentaire sur une base régulière et prévisible	Interruptions dans l'approvisionnement au cours de l'année écoulée	Oui / Non	Non	Non	Oui	Non
	Améliorer la couverture des produits nutritionnels spécifiques pour la prévention de la dénutrition chez les jeunes enfants (LNS / MNP / FBF) <sup>iii</sup>	Couverture des produits nutritionnels spécifiques pour la prévention de la dénutrition chez les jeunes enfants (LNS / MNP / FBF)	Couverture (%)	> 70 %	> 70 %	Oui	Oui
	Améliorer les pratiques d'ANJE	Initiation précoce de l'allaitement	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance	≥ 70 %*	≥ 80 %*	Oui	Oui
	Améliorer les pratiques d'ANJE	Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	Proportion des nourrissons de 0 à 5 mois qui ont reçu uniquement du lait maternel au cours de la journée précédente	≥ 70 %*	≥ 70 %*	Oui	Oui

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme d'urgence <sup>ix</sup>	Norme post-urgence	Camp <sup>x</sup>	Hors camp
Traitement efficace de la malnutrition aigüe	Améliorer les résultats du traitement de la MAM	Guérison suite au programme de traitement de la MAM	Guérison (%)	> 75 %	> 75 %	Oui	Oui
	Améliorer les résultats du traitement de la MAS	Guérison suite au programme de traitement de la MAS	Guérison (%)	> 75 %	> 75 %	Oui	Oui
	Améliorer la couverture des programmes de traitement de la MAS	Couverture du programme de traitement de la MAS	Couverture (%)	> 90 %	> 90 %	Oui	Non

Mise à disposition efficace d'informations et d'analyses sur la sécurité alimentaire et la nutrition (pour permettre une programmation appropriée et axée sur les besoins)	Réalisation d'une enquête sur la nutrition de la population ?	Oui / Non	Oui <sup>xiii</sup>	Oui <sup>xiv</sup>	Oui	Oui	Yes
	JAM menée selon le calendrier recommandé ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Yes
	Réalisation d'un dépistage MUAC (PB) rapide des enfants âgés de moins de 5 ans avec rédaction d'un rapport ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Yes
	Réalisation d'une évaluation rapide des besoins en matière de sécurité alimentaire avec rédaction d'un rapport ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Yes
	Réalisation d'un suivi post-distribution au cours de l'année écoulée avec rédaction d'un rapport ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Yes
	Réalisation d'un suivi du panier alimentaire au cours de l'année écoulée et rédaction d'un rapport ?	Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Yes

\* En l'absence de normes standards pour ces indicateurs, les objectifs à atteindre sont déterminés sur la base de consultations techniques et sur l'étude des populations de réfugiés actuelles. Ces objectifs peuvent être réajustés en fonction des nouvelles données qui sont recueillies.

ix Dans ce plan stratégique, une urgence est définie arbitrairement comme les six premiers mois après que le mouvement de la population s'est stabilisé. Cependant, cette définition dépend du contexte et devrait servir uniquement d'orientation générale.

x Tous les indicateurs ne seront pas recueillis pour toutes les situations de réfugiés ; ce tableau indique si les indicateurs sont recueillis dans les camps de réfugiés et/ou en dehors des camps (Oui ou Non).

xi En fonction des expériences futures et des données générées grâce aux enquêtes SENS du HCR, des modifications pourront être apportées pour mieux refléter l'anémie modérée et sévère chez les enfants et les femmes non enceintes

xii LNS : Suppléments nutritionnels à base de lipides, MNP : Micronutriments en poudre et FBF : Aliments composés enrichis.

xiii Le plus tôt possible dans les 6 premiers mois d'une urgence

xiv Pendant les 12 derniers mois

## RÉFÉRENCES CLÉS DU HCR

1. Politique du HCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés. HCR 2006. <http://www.unhcr.fr/4ad2f86ee.html>
2. Operational guidance on the use of special nutritional products related to reduce micronutrient deficiencies and malnutrition in refugee situations. HCR 2011. <http://www.unhcr.org/4f1fc3de9.html>
3. Manuel pour l'alimentation sélective : la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence. HCR / PAM 2011. <http://www.unhcr.fr/4b7422f16.pdf>
4. Missions d'évaluation conjointe. HCR / PAM 2013. <http://www.unhcr.org/521612d09.html>
  - a. Missions d'évaluation conjointes : Guide pratique pour la planification et la mise en oeuvre
  - b. Missions d'évaluation conjointes - Fiches techniques
  - c. Missions d'évaluation conjointes (JAM) – JAM rapide
5. Les procédures opératoires standardisées du HCR pour la gestion des substituts du lait maternel dans les situations de réfugiés. HCR 2014 (à paraître)





# EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE (EAH)

## **CONTEXTE ET ANALYSE DE LA SITUATION**

Le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène a pour but de s'assurer que les réfugiés aient accès sécurisé à une eau de qualité en quantité suffisante, à un assainissement et à une hygiène améliorés, ainsi qu'à des services EAH améliorés dans les institutions, notamment les écoles et les établissements de santé.

Tous les réfugiés ont un droit fondamental à des installations d'eau et d'assainissement ainsi qu'à la promotion de l'hygiène et à des mesures d'hygiène visant à réduire la morbidité et la mortalité, améliorer leur protection, respecter leur dignité et leur garantir une qualité de vie. Le domaine EAH favorise une approche axée sur la demande qui place les individus plutôt que la technique au cœur des interventions. Il prend par ailleurs en compte les besoins culturels et sociaux spécifiques pour s'assurer que les normes minimales soient respectées, et que aussi bien la qualité que la quantité de l'eau et de l'assainissement soient améliorées pour réduire la probabilité d'un impact négatif sur la protection et l'état de santé. Le HCR est également attaché aux solutions EAH qui réduisent efficacement les frais de fonctionnement à long terme.

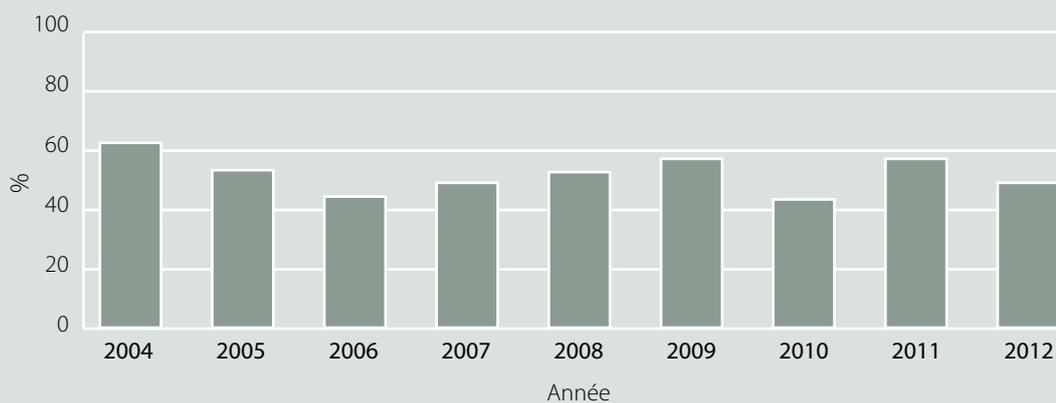
Dans les camps de réfugiés, comme dans la plupart des régions du monde, les femmes et les enfants assument généralement la collecte de l'eau. Les enfants envoyés chercher de l'eau sont souvent détournés de leurs activités scolaires, ce qui influence leurs résultats scolaires. Les longues distances à parcourir et le temps d'attente excessif aux points d'eau peuvent avoir des coûts sociaux élevés : occasions manquées pour le travail productif, impact négatif sur la santé et exposition potentielle des femmes et des enfants réfugiés au harcèlement.

La fourniture de services EAH accessibles et adéquates a des effets positifs importants dans de nombreux domaines d'intervention :

- *Protection* : Les longues distances à parcourir pour atteindre les points d'eau peuvent exposer les jeunes filles et les femmes à la violence sexuelle.
- *Nutrition* : Une femme qui puise 80 litres d'eau d'un puits pour sa famille et qui les porte jusqu'à chez elle à 200 mètres (souvent en amont du puits) utilise environ 17 % de la ration standard de 2100 Kcal / jour pour accomplir cette unique tâche.
- *Éducation* : 42 % des enfants scolarisés dans un camp de réfugiés ougandais ont vu leur scolarité interrompue en raison de la collecte de l'eau.
- *Sécurité alimentaire et moyens de subsistance* : Les femmes qui passent leur temps à chercher de l'eau manquent des occasions pour participer à des activités plus productives.
- *Environnement* : L'utilisation non durable des ressources en eau peut potentiellement surexploiter les ressources en eaux souterraines.

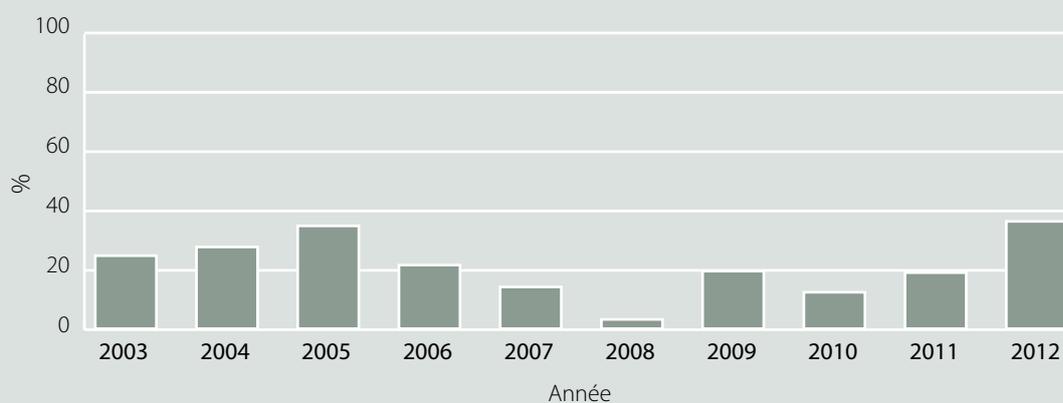
Les activités WASH ont été de plus en plus mises en avant par le HCR. En 2012, 25 des 49 (51 %) camps de réfugiés atteignaient la norme d'au moins 20 litres d'eau potable fournie par personne et par jour (figure 6). Cette norme correspond à la quantité d'eau totale distribuée aux réfugiés et non à la quantité d'eau consommée par le ménage, qui est inférieure à la quantité qui a été distribuée, ce qui est dû aux pertes dans le système de distribution, aux fuites, à une mauvaise utilisation, aux raccordements illégaux, etc.

**FIGURE 6 : POURCENTAGE DES CAMPS DE RÉFUGIÉS ATTEIGNANT LA NORME D'AU MOINS 20 LITRES D'EAU POTABLE FOURNIE PAR PERSONNE ET PAR JOUR, 2004-2012**



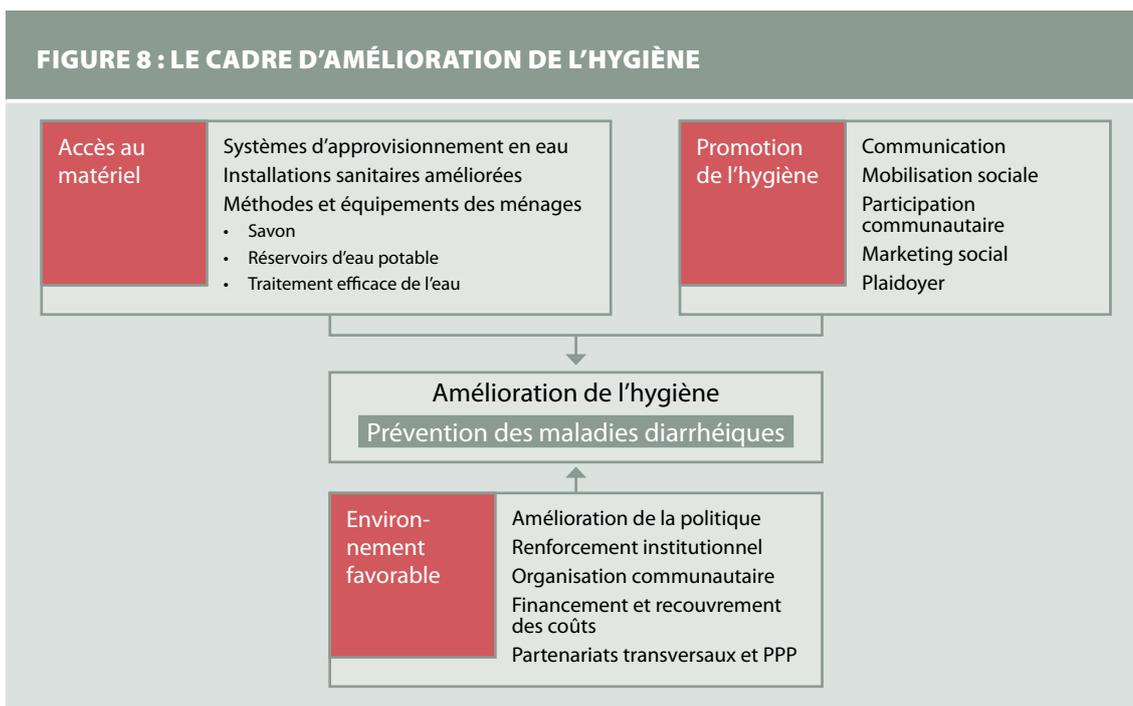
La prise en charge des excréments est un élément essentiel de tout programme WASH, car elle réduit le risque de contamination des sources d'eau, offre un environnement plus sain, garantit la confidentialité et renforce la dignité humaine. En 2012, seulement 18 des 49 (37 %) camps de réfugiés atteignaient la norme minimale consistant à avoir au moins 80 % des ménages ayant accès à des latrines (figure 7). Comme on peut le voir sur le graph, le pourcentage de camps atteignant cette norme importante est resté inférieur à 40 % depuis 2003. Comme pour les normes sur l'eau, il y a eu de fortes fluctuations au sein des pays et entre les camps au cours des dix dernières années.

**FIGURE 7 : POURCENTAGE DES CAMPS ATTEIGNANT LA NORME DE PLUS DE 80 % DE MÉNAGES AYANT ACCÈS À DES LATRINES, 2003-2012**



Le HCR et ses partenaires utilisent le cadre d'amélioration de l'hygiène pour mettre en place de façon efficace ces programmes EAH (figure 8)<sup>16</sup>. Ce cadre global a été élaboré sur la base des enseignements tirés du projet de santé environnementale mis en œuvre par USAID, qui vise à prévenir la diarrhée infantile.

16 Disponible à l'adresse : <http://www.ehproject.org/PdF/jointPublications/jP008-HIF.pdf>



Les principes directeurs du HCR en matière de promotion de l'hygiène visent à renforcer l'efficacité des interventions pour maximiser les avantages pour la santé en utilisant les installations d'eau et d'assainissement.

## OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET ACTIONS STRUCTURANTES

### Objectif 1 : Les réfugiés ont un accès sécurisé à une eau de qualité et en quantité suffisante

L'accès à une quantité suffisante d'eau potable se traduit par plusieurs actions complémentaires incluant les infrastructures et l'approche communautaires.

La planification, la cartographie et la modélisation des systèmes d'approvisionnement en eau constituent la base permettant des améliorations futures et des agrandissements, une optimisation ou modernisation de toute infrastructure de l'eau. Les installations d'eau doivent être conçues de telle sorte que les questions de durabilité (fonctionnement et entretien) et les considérations à long terme soient dûment prises en compte – y compris les systèmes de secours (tels que des sources d'eau alternatives, des générateurs et des pompes de rechange). La planification et la mise en œuvre conjointes sont essentielles, avec des programmes sur la planification de site et l'habitat<sup>17</sup>.

17 HCR, Stratégie globale sur l'habitat et le refuge, 2014-2018 (en anglais)

Souvent, la détérioration de l'infrastructure de l'eau est due à la mauvaise utilisation et à l'entretien irrégulier des installations d'eau, en général à cause d'un manque de planification et de contraintes budgétaires. Le fonctionnement et l'entretien devraient être la première priorité dans n'importe quel plan opérationnel ainsi que le budget des programmes.

Le suivi est un autre aspect essentiel à renforcer si l'on veut activer les systèmes d'alerte sur l'approvisionnement en eau, réagir rapidement aux interruptions de la production d'eau et éviter les pénuries d'eau. Des systèmes d'alerte sont nécessaires dans tous les camps comptant plus de 5000 réfugiés ; ils sont un élément essentiel dans tout plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau

Dans le cadre de la stratégie, des recherches s'intéresseront au coût de l'eau dans les camps de réfugiés pour permettre une première évaluation des coûts, une meilleure programmation et planification \des investissements ainsi que l'amélioration de la qualité technique et de l'efficacité des interventions EAH.

Les partenariats avec des instituts de recherche, des universités et des entreprises privées en mesure de contribuer à la conception avancée et innovante des infrastructures en eau seront continuellement élargis pour améliorer les évaluations des réseaux et favoriser l'expérimentation de solutions innovantes dans les situations de réfugiés. Il s'agira notamment de partenariats pour faire le suivi des eaux souterraines, tels que le programme de surveillance de l'aquifère de Merti, à Dadaab au Kenya, ainsi que pour identifier des solutions alternatives aux systèmes d'approvisionnement en eau, comme le pompage de l'eau à l'énergie solaire à Dollo Ado, en Éthiopie.

Un suivi régulier de la qualité bactériologique et chimique de l'eau au niveau de la production et des ménages est essentiel, en particulier dans les situations d'urgence. La surveillance de la qualité de l'eau impliquera de fournir des équipements adéquats pour effectuer des tests sur le chlore résiduel libre ainsi que l'analyse bactériologique et chimique.

Le renforcement des capacités en matière d'approvisionnement en eau, d'exploitation et de maintenance préventives, de traitement de l'eau et de surveillance de la qualité de l'eau sera appuyé et mis en œuvre aux niveaux régional et national, en mettant l'accent à la fois sur le personnel du HCR et les partenaires travaillant dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

Enfin, compte tenu de l'évolution dynamique du déplacement, le HCR renforcera ses opérations d'approvisionnement en eau dans les contextes arides et semi-arides en les adaptant aux populations nomades, ainsi que pour les populations urbaines et les autres contextes hors camp, où l'appui aux interventions d'approvisionnement en eau est nécessaire.

## **ÉTUDE DE CAS - SURVEILLANCE DE L'AQUIFERE DE MERTI A DADAAB**

La collaboration entre le HCR et l'Université de Neuchâtel a permis la surveillance de l'un des aquifères les plus exploités dans une situation de réfugiés, l'aquifère de Merti à Dadaab, au Kenya. Dadaab accueille environ 450 000 réfugiés. 2 ans après le lancement du projet en 2011, l'étude sur l'aquifère de Merti a abouti à la mise en place du premier système de surveillance dans une zone semi-aride. Cette étude comprend un travail de cartographie et des données collectées grâce à la télédétection, la détermination des caractéristiques de l'aquifère telles que la transmissivité, le stockage, la qualité de l'eau ainsi que des informations sur le mécanisme de recharge des eaux souterraines, c'est-à-dire dans quelle mesure, comment, quand et où l'aquifère se reconstitue. Elle a permis d'élaborer un modèle numérique de captage de l'eau servant à la gestion durable des ressources en eau. Le projet se traduira par la modification des méthodes de prélèvement d'eau dans le respect de la durabilité. Il mettra en place des protocoles basés sur les bonnes pratiques pour l'analyse des aquifères, la surveillance à distance et la gestion durable, quand les contraintes liées à la sécurité sont susceptibles de limiter l'accès.

**Objectif 2 : Les réfugiés ont un accès sécurisé à un assainissement de qualité**

Tout comme pour l'objectif 1, assurer l'accès sécurisé à un assainissement de qualité implique des actions complémentaires incluant les infrastructures et l'approche communautaires.

Des normes doivent être respectées en matière de vie privée et de sécurité. Les infrastructures d'assainissement doivent être culturellement et localement acceptables. Cela exige également de concevoir des installations d'assainissement standardisées pour des interventions de réfugiés comparables. En outre, l'égalité d'accès à l'assainissement sera renforcée en répartissant mieux les installations d'assainissement (à l'aide d'outils comme la cartographie et des systèmes d'information géographique) et en réalisant un suivi adéquat.

Pour des raisons d'optimisation des coûts et d'autosuffisance, des infrastructures d'assainissement plus durables devraient être mises en place en favorisant l'utilisation de matériaux locaux et les systèmes d'assainissement autonomes dans les situations de post-urgence.

Tous les aspects du traitement des eaux usées, la gestion des déchets solides et le drainage devront obligatoirement faire partie intégrante d'un programme d'assainissement dans un camp de réfugiés. Ainsi es questions d'évacuation des eaux usées seront gérées par des experts en la matière et les aspects concernant le drainage global (ruissellement à la croisée des chemins) seront coordonnés par les secteurs de la planification des sites. Le cas échéant, les programmes sur les moyens de subsistance pourront contribuer à la création d'entreprises pour le traitement des déchets (recyclage et compostage) et des eaux usées (biogaz, jardinage, eau pour le bétail)<sup>18</sup>.

Les composantes liées à l'approche communautaire de la stratégie consisteront à promouvoir des interventions axées sur la demande, qui font passer les individus avant la technique. Cela implique la participation des réfugiés dans toutes les phases de la programmation sur l'assainissement et du développement des infrastructures (planification, conception, projets pilotes, entretien), et, le cas échéant, l'introduction d'un assainissement total piloté par la communauté (ATPC) dans des endroits où il existe déjà des campements de réfugiés.

Avec la présente stratégie, le HCR renforcera ses interventions en matière d'assainissement en milieu urbain en élaborant des directives spécifiques basées sur l'expérience de terrain et sur les enseignements tirés des expériences récentes ainsi qu'en s'appuyant sur des partenariats élargis avec des instituts de recherche, des universités et des entreprises privées pour une meilleure conception des systèmes d'assainissement.

---

<sup>18</sup> Voir HCR, Stratégie globale sur les moyens de subsistance, 2014-2018; HCR, Stratégie globale sur l'habitat et le refuge, 2014-2018; et HCR, Stratégie globale pour l'accès sécurisé à l'essence et à l'énergie (SAFE), 2014-2018.

### **Objectif 3 : Les réfugiés ont des meilleures conditions d'hygiène**

La mobilisation communautaire est essentielle dans la lutte contre les causes des mauvaises conditions d'hygiène. La stratégie insiste particulièrement sur le renforcement de la mobilisation communautaire pour améliorer la surveillance et l'utilisation des installations d'eau et d'assainissement, ainsi que sur le renforcement d'un sentiment d'appartenance et sur la diffusion de messages clés.

La promotion de l'hygiène dans les écoles jouera également un rôle crucial dans la promotion des bonnes pratiques en matière d'hygiène. La coordination entre les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène sera renforcée pour promouvoir la santé publique et l'hygiène plus efficacement, mais aussi pour encourager l'échange d'informations et l'optimisation des ressources. Les conditions d'hygiène chez les réfugiés pourront également être améliorées en développant l'expertise en matière de promotion de l'hygiène (renforcement des capacités) et en augmentant le nombre d'animateurs pour les sensibiliser sur les questions d'hygiène.

La coordination avec les programmes communautaires sera renforcée afin que les ménages disposent d'une plus grande capacité de stockage de l'eau grâce à la distribution de réservoirs d'eau. Le plaidoyer sera renforcé pour que les personnes prises en charge puissent accéder à des quantités suffisantes de savon et de produits d'hygiène de base (notamment des dispositifs pour se laver les mains, comme les Tippy Taps, et de petits jerrycans) afin d'améliorer les conditions d'hygiène. Il s'agira d'une action clé pour atteindre l'objectif en matière de promotion de l'hygiène dans ce domaine.

De plus en plus, quand les marchés sont fonctionnels et que les réfugiés y ont accès, le HCR distribue de l'argent et / ou des bons alimentaires aux réfugiés, qui permettent aussi d'acquérir du savon et d'autres produits d'hygiène<sup>19</sup>.

Afin de fournir une base de référence et un outil de suivi pour définir et ajuster la stratégie de promotion de l'hygiène pour chacune de ses interventions, le HCR conduira de plus en plus d'enquêtes standardisées sur les connaissances, les attitudes et les pratiques.

### **ÉTUDE DE CAS - LAVAGE DES MAINS DURANT L'ÉPIDÉMIE D'HÉPATITE E AU SUD-SOUDAN**

Il a été reconnu que le lavage des mains avec du savon est important pour lutter contre les maladies entériques, notamment contre la transmission des agents pathogènes qui causent la diarrhée aqueuse aiguë et l'hépatite E. Plusieurs organisations font la promotion du lavage des mains dans les camps de réfugiés du Sud-Soudan, bien que jusqu'à présent, peu d'études aient évalué les effets de cette promotion sur les comportements en matière de lavage des mains.

Dans le cadre de la stratégie de promotion de l'hygiène au Sud-Soudan, un partenariat avec l'Université de Buffalo a donné jour à un projet visant à décrire les stratégies de communication et les méthodes appliquées par différents acteurs du domaine WASH pour favoriser le lavage des mains avec du savon chez les réfugiés. Ce projet examinera en profondeur les problèmes de mise en œuvre que rencontrent ces acteurs. Les connaissances, les attitudes et les pratiques liées au lavage des mains chez les réfugiés seront documentées et des comparaisons seront faites entre les réfugiés sédentaires et les réfugiés nouvellement arrivés. Par ailleurs, on examinera les facteurs de motivation et les obstacles au lavage de mains avec du savon et on étudiera dans quelle mesure les stratégies de changement de comportement appliquées (y compris le matériel utilisé : type de savon, dispositifs de lavage, lieux choisis, etc.) sont acceptées et suivies dans les actes.

---

19 Voir HCR, An introduction to Cash-Based interventions in UNHCR operations, 2012 <http://www.unhcr.org/515a959e9.pdf>

#### Objectif 4 : Amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les institutions

Comme les enfants sont les premiers bénéficiaires de l'éducation à l'hygiène, une attention particulière doit être accordée à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les écoles et les établissements publics, comme les hôpitaux, les centres de santé et les centres nutritionnels.

Parmi les principales actions à mettre en œuvre dans ce domaine, on cherchera à renforcer l'accès des enfants à un nombre suffisant d'installations adaptées à leurs besoins, ce qui permettra également d'améliorer la fréquentation scolaire, surtout pour les filles. Cela implique un accès accru à l'eau destinée à la consommation et au lavage des mains.

Des sessions spécifiques et des activités d'enfant à enfant sur la promotion de l'hygiène (par ex. par le théâtre ou des sketches) seront encouragées pour que les enfants se familiarisent avec l'importance du lavage des mains avec du savon et avec les liens entre une mauvaise hygiène et les maladies.

Une collaboration plus poussée avec les organismes et les institutions de santé sera également encouragée pour s'assurer que les normes minimales applicables aux infrastructures WASH soient respectées dans les centres de santé, les hôpitaux et les centres nutritionnels, et que les personnes ayant des besoins spécifiques aient accès à des installations sanitaires adaptées.

#### SUIVI

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme		Camp <sup>xviii</sup>	Hors camp
				Urgence <sup>xvii</sup>	Post-urgence		
L'approvisionnement en eau potable a augmenté ou est resté stable	Les réfugiés ont un accès sécurisé à une eau de qualité et en quantité suffisante	Litres / personne / jour	L / p / j	≥ 15	≥ 20	Oui	Non
		Ménages se procurant de l'eau potable uniquement à partir de sources d'eau protégées	%	≥ 70 %	≥ 95 %	Oui	Non
		Tests avec 0 coliformes fécaux/100ml d'eau (lieux de collecte d'eau non chlorée)	%	≥ 95 %	≥ 95 %	Oui	Non
		Tests présentant chlore résiduel libre ≥ 0,1 mg / l <sup>xviii</sup> et NTU < 5 (lieux de collecte d'eau chlorée)	%	≥ 95 %	≥ 95 %	Oui	Non
		Nombre de personnes par robinet	Personnes / robinet	≤ 250	80-100	Oui	Non
		Ménages collectant ≥ 15 litres / personne / jour	%	≥ 80 %	≥ 80 %	Oui	Non
		Distance entre les logements et les robinets / les lieux de collecte de l'eau	M	≤ 500m	≤ 200m	Oui	Non
		Foyers ayant une capacité de stockage de l'eau suffisante (50 litres par jour en moyenne pour 5 personnes)	%	≥ 80 %	≥ 80 %	Oui	Oui

Objectif	Produit	Indicateur	Unité	Norme		Camp <sup>xv</sup>	Hors camp
				Urgence <sup>xvii</sup>	Post-urgence		
La population vit dans des conditions satisfaisantes en matière d'assainissement et d'hygiène	Les réfugiés ont un accès sécurisé à un assainissement de qualité	Personnes par toilettes communales / latrines	Nombre de personnes	≤ 50 <sup>xix</sup>	≤ 20 (but d'une latrine / ménage)	Oui	Non
		Ménages déclarant déféquer aux toilettes	%	≥ 60 %	≥ 85 %	Oui	Non
		Ménages ayant accès à des latrines	%	≥ 60 %	≥ 85 %	Oui	Non
		Latrines communales conformes aux normes du HCR (sols lavables, respect de la vie privée et sûreté des structures)	%	≥ 60 %	≥ 85 %	Oui	Non
La population vit dans des conditions satisfaisantes en matière d'assainissement et d'hygiène		Ménages ayant du savon (de tout type) à la maison (présenté dans un délai d'1 minute)	%	≥ 90 %	≥ 90 %	Oui	Oui
		Ménages ayant des connaissances sur au moins 3 des 5 moments essentiels pour le lavage des mains	%	≥ 60 %	≥ 80 %	Oui	Oui
		Les écoles ont des structures WASH répondant à des normes acceptables	%	≥ 65 %	≥ 90 %	Oui	Non
		Les établissements de santé ont des structures WASH répondant à des normes acceptables	%	≥ 65 %	≥ 90 %	Oui	Non

xv Ces normes s'appliquent uniquement aux camps. Pour les réfugiés hors des camps y compris les situations de réfugiés, les normes nationales seront utilisées.

xvi Tous les indicateurs ne seront pas recueillis pour toutes les situations de réfugiés ; ce tableau indique si les indicateurs sont recueillis dans les camps de réfugiés et/ou en dehors des camps (Oui ou Non).

xvii Dans ce plan stratégique, une urgence est définie arbitrairement comme les six premiers mois après que le mouvement de la population s'est stabilisé. Cependant, cette définition est spécifique au contexte et devrait uniquement servir d'orientation générale.

xviii En cas d'épidémie, le chlore résiduel libre dans des lieux de collecte de l'eau peut être augmenté jusqu'à 1 mg / l en fonction des caractéristiques spécifiques de l'eau et de l'acceptation par les réfugiés.

xix Il s'agit de la norme Sphère actuelle, mais le HCR envisage de réduire cette norme à 30 personnes par latrine dans la phase d'urgence.

## RÉFÉRENCES CLÉS DU HCR

1. WASH Manual. HCR 2014 (à paraître)
2. Vector and pest control in refugee situations. HCR 1997. <http://www.unhcr.org/49d082fe2.html>
3. Conseils pour les opérations de terrain du HCR relatives aux services d'eau et d'assainissement. HCR 2008. <http://www.unhcr.fr/4ad2f88fe.pdf>





